

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ

На правах рукописи

**Дьяченко Антон Васильевич**

**ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ  
ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ У ПОДРОСТКОВ:  
СТАТИКА, ДИНАМИКА, ТЕРАПИЯ**

Специальность: 3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

В.А. Солдаткин

Ростов-на-Дону

2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....</b>	<b>6</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>7</b>
<b>ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>14</b>
Резюме.....	42
<b>ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>44</b>
2.1. Цель исследования.....	44
2.2. Задачи исследования.....	44
2.3. Дизайн исследования.....	44
2.4. Методы исследования.....	46
2.4.1. Клинико-психопатологический метод.....	46
2.4.2. Методики психологического исследования.....	46
2.4.3. Методы статистической обработки данных.....	47
2.5. Общая характеристика материала исследования.....	48
2.5.1. Характеристика основной группы (А).....	48
2.5.2. Характеристика 1-й контрольной группы (В).....	49
2.5.3. Характеристика 2-й контрольной группы (С).....	50
2.5.4. Расчет объема выборки.....	51
2.6. Структура исследования.....	53
<b>ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ У ПОДРОСТКОВ (СТАТИКА).....</b>	<b>58</b>

3.1. Общие клинические проявления транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков.....	58
3.2. Клинические проявления шизотипического расстройства у подростков с транссексуалоподобными состояниями.....	72
3.3. Факторы, обуславливающие неоднородность клинической картины транссексуалоподобных состояний.....	87
3.3.1. Особенности клинической картины транссексуалоподобных состояний в зависимости от субъективного представления пациентов о расстройствах половой идентификации и показаниях к изменению пола.....	87
3.3.2. Особенности клинической картины транссексуалоподобных состояний в зависимости от психопатологического содержания.....	88
3.3.3. Особенности клинической картины транссексуалоподобных состояний в зависимости от пола пациентов.....	93
3.3.4. Особенности клинической картины транссексуалоподобных состояний в зависимости от аффективного фона.....	96
Резюме.....	100

<b>ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ У ПОДРОСТКОВ (ДИНАМИКА).....</b>	<b>106</b>
--	------------

4.1. Преморбидный период.....	106
4.1.1. Наследственность.....	106
4.1.2. Особенности течения беременности, родов и раннего развития.....	108
4.1.3. Личностные особенности.....	109
4.1.4. Особенности воспитания.....	112
4.1.5. Идентификация, сексуальное и полоролевое поведение.....	116
4.2. Дебют шизотипического расстройства.....	120
4.3. Динамика транссексуалоподобных состояний.....	130
4.3.1. Этап predisпозиции.....	130
Клиническая predisпозиция.....	131
Личностная predisпозиция.....	134
Половая predisпозиция.....	142
Социальная predisпозиция.....	144
4.3.2. Этап инициации.....	147
4.3.3. Этап трансформации.....	151
Резюме.....	159

## **ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С С ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ.....**

5.1. Общий подход к терапии.....	165
5.1.1. Психофармакотерапия.....	166
5.1.2. Психообразование и психотерапия.....	168
5.1.3. Специфика терапии подростков с транссексуалоподобными состояниями.....	171
5.3. Результаты терапии.....	176
Резюме.....	185

<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	186
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	207
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	211
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	229
Приложение 1. Клинический пример. Транссексуалоподобное состояние при шизотипическом расстройстве.....	229
Приложение 2. Клинический пример. Шизотипическое расстройство.....	240
Приложение 3. Клинический пример. Транссексуализм.....	249
Приложение 4. Карта исследования.....	259
Приложение 5. Шкала продромальных симптомов шизофрении (SOPS).....	384
Приложение 6. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).....	303
Приложение 7. Опросник суицидального риска.....	306
Приложение 8. Шкала деперсонализации .....	308
Приложение 9. Краткий вариант обсессивно-компульсивной шкалы Йеля-Брауна (Y-BOCS).....	311

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;

ТС – транссексуализм;

ТСПС – транссексуалоподобные состояния;

ШП – шизотипическое расстройство;

CGI – шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression);

HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale);

LGBTQ – аббревиатура, возникшая в английском языке для обозначения лесбиянок (Lesbian), геев (Gay), бисексуалов (Bisexual), трансгендеров (Transgender) и квиров (Queer), заменившая ранее используемый термин «гей-сообщество». Употребляется в тексте работы в качестве обозначения международного общетвенного движения, провозгласившего своей целью борьбу за равноправие граждан, независимо от их сексуальной ориентации и полоролевого позиционирования, за соблюдение всех их прав против дискриминации и ксенофобии<sup>1</sup>.

SOPS – шкала оценки продромальных симптомов шизофрении (Scale of Psychosis-Risk Symptoms);

Y-BOCS – обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна (Yale-Brown obsessive-compulsive scale);

WPATH – Всемирная профессиональная ассоциация здоровья трансгендеров (World Professional Association for Transgender Health).

---

<sup>1</sup> «Международное движение ЛГБТ» признано российским судом экстремистским и запрещено в РФ

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность исследования**

Феномен нарушения полового самовосприятия у больных шизофренией был впервые описан в работах европейских психиатров во второй половине XIX века (Крафт-Эбинг Р., 1918). Изначально относимый к редким, казуальным вариантам психоза, он приобрел особое значение в 1950-1980-х гг., в период широкого изучения транссексуализма, легализации изменения пола и внедрения в повсеместную практику методов гормональной и хирургической трансформации внешности. На необходимость проведения дифференциальной диагностики между специфическим для транссексуализма врожденным и стойким несоответствием идентификации полу и бредом перевоплощения впервые указал Н. Benjamin (1966). Этот постулат был поддержан медицинским сообществом и оставался обязательным для соблюдения до середины 2010-х гг.

С внедрением МКБ-11 произошла кардинальная смена медико-социальной парадигмы в отношении расстройств половой идентификации (Reed G.M. et al., 2016): данные состояния были исключены из перечня психиатрических диагнозов и лишены указания на необходимость проведения соответствующей дифференциации. Рядом отечественных специалистов было высказано предостережение о том, что новая классификация формирует почву для роста числа ошибок в этой сфере (Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., 2017; Кибрик Н.Д. и соавт., 2017). Эти опасения подкрепили также описания новых, отличных от классических примеров Р. Крафт-Эбинга, случаях полоролевых нарушений у больных расстройствами шизофренического спектра. Речь идет о «вторичных» трансролевых переживаниях у больных шизотипическим расстройством (Borrás L. et al., 2007; Кулиш С.Б., 2009; Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., 2012; Алексеева Г.Н., 2018; Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021; Введенский Г.Е., 2022). Исследования, сосредоточенные на

данной категории пациентов, остаются малочисленными, что обуславливает целесообразность расширения научного материала. Ввиду критического значения пубертатного периода в отношении как дебюта шизотипического расстройства, так и нормативного заострения полоролевых конфликтов актуальность обретает описание «вторичных» трансролевых проживаний у подростков. Особенно значимым это становится в условиях небывалого увеличения обращений в медицинские учреждения с жалобами на недовольство своим полом со стороны молодых людей (Skordis N. et al., 2018; Becker-Hebly I. et al., 2020; Соловьева Н.В. и соавт., 2022) и частого выявления у данной категории пациентов разнообразной психопатологии (Fuss J. et al., 2015; Littman L., 2017; Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н., 2019; Дьяченко А.В. и соавт., 2020). Однако данный феномен никогда не изучался отдельно в молодежных группах, о чем свидетельствует полное отсутствие соответствующих публикаций как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе.

Федеральный закон от 24.07.2023 № 386-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», предусматривающий полный запрет на осуществление мероприятий по изменению пола в нашей стране, способствовал лишь частичному решению проблем в этой сфере. Исключив риск проведения соответствующих медицинских и социальных вмешательств в отношении лиц с «вторичными» нарушениями половой идентификации, данный документ резко ограничил возможности помощи пациентам с транссексуализмом. Данное обстоятельство диктует необходимость дальнейшего изучения дифференциально-диагностических границ между транссексуализмом и клинически сходными «вторичными» расстройствами половой идентификации с целью совершенствования законодательства и методов оказания медицинской помощи в этой сфере.

## **Цель исследования**

Совершенствование диагностической и лечебной помощи подросткам с транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве.

## **Задачи исследования**

1. Изучить клинико-психопатологические характеристики транссексуалоподобных состояний (ТСПС) при шизотипическом (ШР) расстройстве у подростков.
2. Исследовать предрасположение к формированию ТСПС при ШР у подростков.
3. Изучить клинико-динамические характеристики ТСПС при ШР у подростков.
4. Разработать на основе полученных данных дифференциально-диагностические критерии для разграничения ТСПС при ШР и ТС.
5. Разработать подход к лечению ТСПС у подростков с ШР.

## **Научная новизна исследования**

1. Расширено научное представление о клинических проявлениях ТСПС при ШР у подростков: сформулированы условия и мотивы обращения пациентов за психиатрической помощью; уточнена психопатологическая структура ШР у пациентов с трансролевыми переживаниями; выделены общие для лиц с ТСПС клинические проявления; исследованы причины полиморфлизма ТСПС; выделены клинические варианты ТСПС при ШР и создана оригинальная классификация.
2. Впервые исследованы факторы предрасположения к формированию ТСПС при ШР у подростков: сформулирована сущность predisпозиции к ТСПС; описаны и проанализированы факторы со стороны клинической, личностной, половой и социальной сфер.

3. Выделены клинико-динамические характеристики ТСПС при ШР у подростков – этап predisposition, этап инициации, этап трансформации; дано описание психопатологического содержания ТСПС на каждом этапе.
4. Дополнены сформулированные в более ранних отечественных работах критерии для разграничения «вторичных» РПИ у лиц с расстройствами шизофренического спектра и ТС. В качестве параметров дифференциальной диагностики между ТСПС при ШР у подростков и ТС были выделены: 1) возраст возникновения объективно определяемых признаков расстройства половой идентификации; 2) характер сопутствующей психопатологии; 3) характер полоролевой социализации; 5) сексуальное влечение и поведение; 6) объективизация анамнестических сведений.
5. Предложен подход к терапии ТСПС при ШР у подростков: впервые были описаны особенности взаимодействия лиц с ТСПС с участниками терапевтического процесса и сформулированы специфические для данной категории пациентов конфликты, наблюдаемые в ходе обследования и лечения; была разработана тактика терапии, учитывающая эти особенности; представлены результаты успешной коррекции ТСПС.

### **Теоретическая и практическая значимость**

Установление дифференциально-диагностических критериев, позволяющих разграничить ТСПС при ШР у подростков и специфический для ТС вариант расстройства половой идентификации, будет способствовать совершенствованию процедуры диагностики указанных состояний и повышению эффективности помощи больным ШР.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Клиническая картина ТСПС при ШР определена субъективным представлением пациентов о расстройствах половой идентификации и показаниях к изменению пола, неоднородностью психопатологического содержания трансролевых переживаний, различным полом пациентов и неодинаковым аффективным фоном.
2. Предрасположение к ТСПС включает комплекс специфических и неспецифических влияний со стороны психопатологической структуры заболевания, пола пациентов, их личностных и социальных характеристик.
3. Формирование ТСПС при ШР происходит этапно у подростков без признаков расстройства половой идентификации в преморбиде.
4. Основой дифференциальной диагностики между ТС и ТСПС при ШР является различие природы расстройства половой идентификации. При ТС оно имеет врожденный, стойкий, непреодолимый характер и выражается в субъективно и объективно определяемых инверсии половой идентичности, социализации и сексуальной ориентации личности при полном осознании индивидом своей половой принадлежности. При ШР позиционирование себя вне своего пола и стремление к изменению половой роли и трансформации внешности обусловлено искаженными психопатологическим процессом пубертатными реакциями имитации и группирования.
5. ТСПС у подростков с ШР имеют тесную связь с продуктивными психопатологическими проявлениями болезни и являются обратимыми.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования применяются в лечебно-диагностической работе ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» (г.

Ростов-на-Дону), ГУЗ «Психоневрологический диспансер Ростовской области», в педагогической работе кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ.

### **Апробация работы**

Результаты исследования были доложены на Российской научной конференции с международным участием «Психиатрия 2020: омуты и мели специальности» (Ростов-на-Дону, 2020), Международной онлайн научно-практической конференции «Психиатрия в свете реформ и преобразования» (Ташкент, 2020), XVII Съезде психиатров России (Санкт-Петербург, 2021), V Всероссийской межвузовской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье: современные тенденции и перспективы» (Москва, 2021), Российской научной конференции «Психиатрия – проза и поэзия» (Ростов-на-Дону, 2021), XV Школе молодых психиатров (Суздаль, 2021), 8 итоговой научной сессии молодых ученых, проводимой в рамках «XI Всероссийской научно-практической конференции «Непрерывное образование в России: состояние и перспективы» (Ростов-на-Дону, 2021), Российской научной конференции «МКБ-11: гимн или реквием психиатрии?» (Ростов-на-Дону, 2022), на заседании кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (протокол заседания №33 от 04.10.2023), заседании проблемной комиссии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (протокол №28 от 18 октября 2023), заседании проблемной комиссии по социальной и клинической психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России (протокол заседания №4 от 10.04.2024).

### **Публикация результатов исследования**

Основные результаты исследования были изложены в 15 научных публикациях (из них 9 – в научных журналах, рекомендованных ВАК, 5 – в

научных журналах, входящих в международную реферативную базу данных и систем цитирования).

### **Объем и структура диссертации**

Текст диссертации изложен на 313 страницах. Структура диссертации включает разделы: введение; обзор литературы; характеристика материалов и методов исследования; клинико-психопатологическая характеристика ТСПС при ШР у подростков (статика); клинико-динамическая характеристика ТСПС при ШР у подростков (динамика); результаты терапии подростков с ТСПС при ШР; заключение; выводы; список литературы, включающий 140 источников (86 русскоязычный и 54 зарубежных); приложения, включающие демонстрацию 3 клинических случаев, карты исследования, использованных психометрических методик. Диссертация иллюстрирована 15 рисунками и 38 таблицами.

### **Личный вклад автора**

Автором самостоятельно был разработан дизайн исследования, осуществлен подбор психологических методик, выполнено клинико-психопатологическое обследование пациентов из основной (А) и первой контрольной (В) групп, проанализирован архивный материал ООО «ЛРНЦ «Феникс» (г. Ростов-на-Дону), составивший вторую контрольную группу (С), написаны и опубликованы 15 печатных работ, в т.ч. 14 – в соавторстве, сделаны выводы.

## Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Под *транссексуалоподобными состояниями* (ТСПС) в данной работе понимаются возникающие вторично по отношению к симптомам психического расстройства нарушения идентичности и поведения, клинически схожие с проявлениями ТС, но отличающиеся по происхождению, динамике, прогнозу и методам коррекции. Отказ от ранее используемых терминов (Commander M., Dean C., 1990; Caldwell C., Keshavan M.S., 1991; Brüne M., 1996; Жмуров В.А., 2010; Попова Г.А., 2020) в пользу нового оправдан потребностью в обозначении, с одной стороны, подчеркивающим различия между исследуемым феноменом и наблюдаемой при ТС врожденной и стойкой инверсией полового самосознания и, с другой – указывающим на их внешнее сходство и необходимость дифференциальной диагностики. Использование наиболее устоявшегося в отечественной научной литературе термина «синдром отвергания пола» (Кулиш С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012) также представляется неуместным по ряду причин. Во-первых, ТСПС, в нашем представлении, являют собой *симптомокомплекс*, а не синдром. Во-вторых, как было указано, понятие ТСПС описывает исключительно «вторичные» (симптоматические) нарушения половой идентификации. В-третьих, несмотря на то, что ТСПС действительно сопровождаются «отверганием пола» (половой дисфорией), имеющиеся литературные сведения (Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021; Введенский Г.Е., 2022) указывают на то, что суть их состоит не в испытываемом больными дистрессе от несоответствия самоощущения полу (Жмуров В.А., 2010), а в стремлении к отождествлению себя с транссексуалами или «трансгенедрами». Выявляемые же у этих пациентов эмоциональные нарушения обусловлены другими факторами – связанными с проявлениями основного заболевания. Таким образом, «отвергание пола» (половая дисфория) при ТС и ТСПС имеют различный патогенез.

В отечественной нозографии ШР принято рассматривать как непсихотический, малопрогрессирующий вариант эндогенно-процессуальных заболеваний из спектра шизофрении. В учебниках по детской и подростковой психиатрии (Эйдемиллер Э.Г. и соавт., 2005; Коцюбинский А.П. и соавт., 2015; Жмуров В.А., 2016; Шевченко Ю.С. и соавт., 2017) и в «Национальном руководстве» (2018) ШР рассматривается в едином контексте с шизофренией и шизоаффективными психозами. Данное расстройство не является однородным и включает различные по течению и прогнозу варианты: непрерывные и приступообразные, необратимые и относительно благоприятные (Каледа В.Г., 2015).

Болезнь характеризуется незаметным медленным началом, приходящимся, как правило, на подростковый возраст, и манифестацией, напоминающей декомпенсацию психопатии или психогенно вызванный затяжной невроз (Коцюбинский А.П. и соавт., 2015). По этой причине раннее выявление ШР представляет собой непростую задачу. Нормативными для подростков являются эмоциональная лабильность, аффективная насыщенность переживаний, импульсивность, эгоцентризм с повышенным вниманием к своему физическому и психическому «Я», рефлексия, ранимость, склонность к фиксации на своих внешних данных, вопросах самосознания и экзистенции (Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Цуцельковская М.Я., 1999 (1); Добряков И.В., Фесенко Ю.А., 2022). Поведение подростков в значительной степени обусловлено пубертатными реакциями – стремлением к самостоятельности, независимости (реакции эмансипации) с сомнениями и даже отверганием прежних авторитетов, особенно – лиц из ближайшего окружения (реакции оппозиции), появлением новых увлечений (реакции хобби), стремлением к отождествлению себя с какой-либо группой сверстников (реакции группирования), подражанием новым авторитетам – как реальным, так и вымышленным (реакции имитации), формирующимся половым влечениям (Личко А.Е., 1983). При ШР, особенно при относительно

благоприятном течении, описанные пубертатные кризовые проявления не только сохраняются (хотя и в более или менее искаженном виде), но нередко становятся определяющими для развития клинических особенностей болезни в целом. Типичными являются психопатоподобные состояния с утрированными подростковыми реакциями в виде повышенной эмоциональной возбудимости, гипертрофированного «духа противоречия», доходящего до нелепого негативизма, оппозиционного отношения к взрослым, особенно к родителям (Ковалев В.В., 1979). В отличие от расстройств характера непроектального генеза шизофрении свойственны радикальный переворот в складе личности и мировоззрении («личностный сдвиг»), астенические и астеноподобные состояния, аутохтонные изменения настроения, анестетические депрессии, деперсонализация, обсессивно-компульсивные расстройства с трансформацией ритуального поведения в сверхценные образования, специфические расстройства мышления (Местиашвили М.Г., 1968; Личко А.Е., 1989; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Цуцельковская М.Я., 1999 (1); Коллюцкая Е.В., 2001).

Коцюбинский А.П. и соавт. (2018) в качестве основных проявлений ШР выделили невротоподобные и субпсихотические феномены. К первой группе были отнесены: обсессивно-фобический, дисморфофобический, небредовой ипохондрический, конверсионно-диссоциативный, деперсонализационно-дереализационный, астено-аффективный синдромы. Ко второй – обсессивно-фобические, дисморфофобические, ипохондрические, конверсионно-диссоциативные, деперсонализационные, астено-аффективные субпсихотические феномены.

Кроме перечисленных проявлений ШР, описаны сниженная способность испытывать положительные эмоции и высокая подверженность психосоциальной дезадаптации (Verbeke L. et al., 2017; Abu-Akel A. et al., 2018; Premkumar P. et al., 2018; Premkumar P. et al., 2020), аномальные и кошмарные сновидения (Levin R., 1998; Жмуров В.А., 2010; Báthori N. et al.,

2022), диссоциативное расстройство (See A. et al., 2021; Kaplan A., Smith C., 2021), аутистические черты (Poletti M., Raballo A., 2020; Klang A. et al., 2022), чрезмерное использование интернета (Mittal K. et al., 2007), самоповреждающее поведение (Горюнов А.В., 2021), суицидальные фантазии (Коцюбинский А.П. и соавт., 2015), суицидальные влечения и попытки (Иванец Н.Н., Е.Н. Ефремова, 2018; Sher L., 2021; Hare K. et al., 2021; Gong J. et al., 2022).

В российской адаптации МКБ-10 к ШР были отнесены вялотекущая шизофрения, латентная шизофрения, латентная шизофреническая реакция, неврозоподобная (псевдоневротическая) шизофрения, психопатоподобная (псевдопсихопатическая) шизофрения, «бедная симптомами» шизофрения, предпсихотическая шизофрения, продромальная шизофрения, пограничная шизофрения, шизотипическое личностное расстройство. Согласно диагностическим критериям, данное заболевание характеризуется эксцентричным поведением больных, аномалиями мышления и эмоциональных реакций, похожими на те, которые имеют место при шизофрении, однако отчетливые и характерные для шизофрении нарушения не обнаруживаются ни на какой стадии болезни. Симптомы могут включать холодность или неадекватность эмоциональных реакций, странное или эксцентричное поведение, склонность к социальной изоляции, параноидные или необычные идеи, не доходящие до явно выраженного бреда, болезненную навязчивость, нарушение мышления и расстройства восприятия, редкие преходящие квазипсихотические эпизоды с выраженными иллюзорными ощущениями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредовыми идеями, обычно возникающими без видимых причин. Отмечено отсутствие определенности начала болезни и ее течение по аналогии с расстройством личности. При этом, однако, присутствует указание на необходимость наличия 3 или 4 из перечисленных симптомов постоянно или эпизодически на протяжении по крайней мере 2 лет.

Исследования, посвященные ТСПС при ШР у подростков, в научной литературе не представлены. Больные разного возраста, у которых ШР протекало с отверганием пола, были описаны рядом авторов в составе клинически неоднородных групп (Кулиш С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Г.Е. Введенский, 2012; Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021) или в качестве отдельных примеров (Кибрик Н.Д. и соавт., 2017). Другим недостатком научного материала на эту тему является отсутствие исследований, в которых проводился бы сравнительный анализ с репрезентативными группами участников без трансролевых переживаний. Тем не менее, авторами имеющихся публикаций был описан обширный спектр проявлений половой дисфории у больных расстройствами шизофренического спектра, из которых может быть выделен ряд общих для разных заболеваний особенностей.

В исследовании С.Н. Матевосяна, Г.Е. Введенского (2012) большинство (70,5%) обследованных пациентов с половой дисфорией при эндогенно-процессуальных заболеваниях составляли мужчины. Однако ШР чаще диагностировалось у женщин (82,6%). В более поздних научных публикациях среди лиц с трансролевыми переживаниями при расстройствах шизофренического спектра превалировали женщины (Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021).

Описания психопатологического механизма возникновения ТСПС у больных шизофренией и ШР, в целом, достаточно однородны. Авторы публикаций на эту тему сходятся во мнении, что возникновение трансролевых переживаний у пациентов обусловлено сверхценными и бредовыми идеями «изменения пола», возникающими в результате патоморфоза дисморфоманических и деперсонализационных переживаний под влиянием конституциональных и социальных факторов (Кулиш С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012; Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021).

При юношеской шизофрении описана особая форма негативных расстройств, представленная чертами психического инфантилизма (ювенилизма), которая проявляется в общем облике больных, характере их эмоциональных реакций, поступках, оценке окружающего. Выраженность ювенилизма зависит от степени прогрессивности процесса и может носить парциальный или тотальный характер. Кроме того, при юношеской шизофрении в ряде случаев имеет место нарушение физического и полового развития, которое не всегда сопровождается задержкой психического созревания (Каледа В.Г., 2015). Согласно имеющимся данным, половая идентичность при расстройствах шизофренического спектра часто бывает несформирована, паралогична, влечение имеет недифференцированный по полу характер (Дворянчиков Н.В., Новикова З.Д., 2018). А.П. Коцюбинский и соавт. (2015) указывают на свойственную больным ШР сексуальную ретардированность при социальной взрослости, страх перед представителями противоположного пола и половыми отношениями.

Черты психического инфантилизма были выявлены у 19,2% пациентов с расстройствами шизофренического спектра, обследованных С.Н. Матевосяном, Г.Е. Введенским (2012) и рассматривались автором в качестве проявлений дизонтогенеза с искажением психического развития. В качестве обоснования своей точки зрения авторы приводят данные, согласно которым для многих участников исследования в детском возрасте, задолго до дебюта психического расстройства, были свойственны гиперестезия, аутистический и сверхценный характер игр, патологическое фантазирование, трудности в общении со сверстниками.

К проявлениям психического инфантилизма у пациентов с трансролевыми переживаниями при ШР и расстройствах личности Г.А. Поповой (2020) были отнесены: эгоцентризм, несамостоятельность, повышенная внушаемость, впечатлительность, незрелость суждений, повышенная истощаемость, аффективная лабильность в виде вспышек

раздражительности или плаксивости. Во всех случаях инфантилизм носил парциальный личностный характер, отмечался с начального школьного возраста, когда при отсутствии формальных признаков сниженного интеллекта, у пациентов возникали трудности адаптации в школе, которые проявлялись неусидчивостью, возбудимостью, расторможенностью, повышенной отвлекаемостью, протестным поведением, отказом от выполнения необходимых требований, но не приводили к обращениям к врачу. У детей старшего возраста черты незрелости эмоционально-волевой сферы «перекрывались» поведенческими реакциями в рамках пубертатного криза и обуславливались физической и эндокринной перестройкой в организме. Реакции оппозиции, склонность к девиантному поведению, также возникавшие в этот период, были трудны для квалификации их в рамках проявлений утрированного пубертата или начальных проявлений процессуальных заболеваний. Реакции отказа проявлялись в сфере общения, учебы. Реакции имитации выражались в стремлении походить на избранного пациентом лица из окружения, или знаменитость. Пациенты перенимали манеру одеваться, увлечения, мировоззренческие взгляды, пытались копировать мимику и поведение.

Старостина Е.А., Ягубов М.И. (2021) отметили, что многие пациенты с ШР и трансролевыми переживаниями в детском возрасте обнаруживали несформированность представлений о различии полов, стремление к кросс-дрессингу и предпочтение игр, больше характерных для представителей противоположного пола.

Стойкие дисморфофобические переживания навязчивого, сверхценного или бредового характера, часто наблюдаемые при малопрогрессирующей шизофрении или на инициальной стадии юношеской средне-прогрессирующей шизофрении, значительно изменяют поведение подростков, приводя их к избеганию людных мест, друзей, знакомых, изменению одежды и прически, в некоторых случаях – к попыткам хирургической трансформации внешности

(Ковалев В.В., 1979; Коркина М.В., 1984; Жмуров В.А., 2010). При дисморфофобическом синдроме у больных ШР описано сочетание клинической картины с другими психопатологическими расстройствами: психастенического круга (самокопания, неуверенность, появление сомнений и т.п.), выраженной ауто- и соматопсихической деперсонализацией, вычурными навязчивостями, сенестопатиями, ипохондрическими нарушениями, аффективными проявлениями (Коцюбинский А.П. и соавт., 2015). Ковалев В.В. (1985) в качестве примеров проявления дисморфофобии/дисморфомании при малопргредиентной шизофрении – вне связи с трансролевыми переживаниями – приводит бинтование молочных желез и прием гормона роста. У пациентов с половой дисфорией при расстройствах шизофренического спектра формированию установки на изменение пола предшествовало недовольство внешностью, не связанное с половыми признаками. В дальнейшем, у них возникала идея о возможности избавиться от этих переживаний посредством изменения пола (Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021).

Синдром деперсонализации проявляется чувством измененности, утраты, отчуждения или потери единства собственной личности (аутопсихическая деперсонализация), чувством отчуждения восприятия отдельных физиологических процессов с утратой их чувственной яркости (соматопсихическая деперсонализация), а также переживанием чувства утраты активности, единства «Я» и существования (аллопсихическая деперсонализация) (Смулевич А.В. и соавт., 1973; Жмуров В.А., 2010; Бухановский А.О. и соавт., 2003). Довольно часто деперсонализация сочетается с депрессией (анестетическая депрессия), проявляясь ощущением апатии, утраты эмоционального отклика, «внутренней пустоты» и собственной «измененности» (Смулевич А.Б., 2009). При сочетании с обсессивно-фобическим синдромом пациенты испытывают болезненную рефлексию в виде навязчивого самоанализа (Бухановский А.О. и соавт., 2003;

Крылов В.И., 2016). Деперсонализация, касающаяся социальных аспектов деятельности, может выражаться в том, что пациент воспринимает свое ролевое поведение как совершенно чуждое его личности. Отчуждение при этом касается не только содержания ролевой игры, но часто затрагивает сферу невербальных коммуникаций. Нередко встречается и обратное явление: роль, игра, присваиваются пациентом и этим овладевают им до такой степени, что он не всегда бывает способен выйти из созданного им самим искусственного перевоплощения (Жмуров В.А., 2010).

Г.Е. Введенский (2022) выделил следующие варианты идей смены пола у больных ШР.

1. *Навязчивые идеи.* Они характеризовались насильственностью возникновения, чуждостью содержания, наличием сопротивления и трудностями самопреодоления, сопровождались эгодистоническим восприятием идеи о перемене пола.

2. *Фиксированные идеи.* Такие пациенты сохраняли формальную критику к медицинским и социальным последствиям реализации идеи об изменении пола. Они выглядели и говорили о себе соответственно полу, выражали заинтересованность в обследовании и, в целом, не проявляли активного стремления к перемене пола, откладывая осуществление соответствующих мероприятий на неопределенное будущее. Характерные для ШР нарушения мышления выявлялись в клинической беседе только при описании пациентами своих переживаний, связанных с недовольством полом.

3. *Доминирующие идеи,* возникавшие в гипоманиакальных состояниях у пациентов с признаками задержки психосексуального развития, бисексуальным поведением и аутогинефилией (у мужчин) и гомосексуальным поведением (у женщин).

4. *Сверхценные идеи смены пола,* проявлявшиеся в поведении стеничным, аффективно окрашенным стремлением к получению справки об

изменении пола при категоричном отказе от должного обоснования своего желания и непринятии контраргументов и мотивированного отказа. При этом присутствовало, хотя и ограниченное, осознание возможных социальных и медицинских проблем, связанных со сменой пола. Запрос на смену пола был тесно связан с желанием компенсировать нежелательные для пациентов личностные черты или обстоятельства жизни, а также – с желанием улучшить способность к коммуникации. У всех обследованных автором мужчин выявлялись признаки задержки психосексуального развития, у женщин - эгодистоническая форма гомосексуальной ориентации. У одной из пациенток были обнаружены садистические тенденции на фоне преждевременного психосексуального развития.

5. *Бредовая идея смены пола.* Эти пациенты выражали намерение осуществления «полной» гормональной и хирургической трансформации внешности при отсутствии критики к медицинским и социальным последствиям, к возможным ограничениям изменения пола.

Микросоциальные механизмы формирования нарушений половой идентификации у больных расстройствами шизофренического спектра описаны мало. Представляется возможным выделить следующие факторы, способствующие ослаблению половой идентичности: отвержение в однополой группе и высокая степень подверженности вербальной и физической агрессии в детском и подростковом возрасте, аномалии сексуального воспитания, семейная дисгармония с доминированием матери (Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012).

Наиболее убедительными являются данные о влиянии макросоциальных факторов на возникновение ТСПС. Все исследователи описывают случаи остро возникающего у больных «озарения» с консолидацией в бредовую фабулу переживаний, связанных с половой идентификацией, после получения соответствующей информации извне (Кулиш С.Б., 2009;

Матевосян С.Н., Г.Е. Введенский, 2012; Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021; Г.Е. Введенский, 2022). В приведенном А.О. Бухановским и Н.В. Спиридоновой (2011) клиническом примере решение о необходимости хирургической и гормональной коррекции пола возникло у молодой женщины на фоне биполярных колебаний аффекта, после случайного получения информации в интернете о существовании такой возможности. Принципиально новая и необычная информация вызвала у нее острую аффективную реакцию с почти мгновенным возникновением установки на изменение пола.

Г.Е. Введенский (2022) отметил, что у пациентов с ШР отчетливо прослеживается причинно-следственная связь возникновения у них идей смены пола как с внешними факторами (сюжеты в интернете, вход в сообщество «трансгендеров»), так и с особенностями психического состояния на момент воздействия. В наблюдаемых автором случаях «озарение» возникало на высоте депрессивного состояния и было связано с первым знакомством с литературой о «трансгендерах» или личных контактах с таковыми. Вовлеченность в такое сообщество облегчало состояние больных: они отмечали, что в такой среде обращение к ним в желательном поле способствовало улучшению психического состояния.

В этом контексте представляется уместным упомянуть результаты исследования Pang K.C. et al. (2020), продемонстрировавшие связь между повышением числа публикаций в СМИ на тему «трансгендерности» и увеличением обращаемости подростков в медицинские учреждения с жалобами на недовольство своим полом. Полученные результаты авторы интерпретировали в позитивном ключе – как результат повышения осведомленности общества о проблеме «трансгендерности». Однако в условиях современного развития информационных технологий данный вывод представляется сомнительным.

L. Littman (2017) была описана половая дисфория с «быстрым началом» (rapid-onset gender dysphoria), обусловленная «социальным заражением». В 2018 г. L. Littman был проведен анализ 256 анкет лиц, сообщивших о возникновении у их детей недовольства полом в пубертатном периоде без признаков нарушения половой идентичности на протяжении предшествующей жизни. Согласно полученным данным, у 62,5% таких подростков было диагностировано, по крайней мере, одно психическое расстройство или нарушение развития нервной системы до возникновения жалоб на недовольство полом. При этом число установленных диагнозов варьировало от 1 до 7. Кроме того, наблюдались и другие изменения поведения: появление недоверия к «нетрансгендерам» (22,7%); отказ проводить время с друзьями, не являющимися «трансгендерами» (25,0%); стремление к изоляции от членов семьи (49,4%); исключительное доверие к информации о расстройствах половой идентификации из «трансгендерных» источников (46,6%). Более половины опрошенных родителей (57,3%) отмечали ухудшение отношения к ним со стороны детей. Большинство (86,7%) участников исследования сообщили, что, наряду с внезапным или быстрым возникновением расстройства половой идентификации, их ребенок либо стал больше времени проводить в интернете и социальных сетях, либо начал общаться в компании, в которой один или несколько друзей стали «трансгендерами».

На основании выявленной связи между возникновением у пациентов с расстройствами шизофренического спектра половой дисфории и получением ими информации на эту тему С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский (2012) высказали мнение, что данный феномен отражает социальный патоморфоз клинической картины эндогенно-процессуальных заболеваний. Следует добавить, что такой патоморфоз, по-видимому, наблюдается не впервые. В 1960-1970-х гг., в условиях произошедшей переоценки норм полоролевого поведения в западном обществе и широкого внедрения мероприятий по

изменению пола, в США и Великобритании были опубликованы результаты исследований, продемонстрировавшие крайне высокую, никогда ранее не регистрируемую, распространенность переживаний, связанных с недовольством полом у больных шизофренией. Согласно представленным данным, 20-25% больных шизофренией в определенный период жизни испытывали ощущение собственной транссексуальности, что приводило их к желанию изменить свой пол (Gittleson N.L., Dawson-Butterworth K., 1967), 30-36% больных испытывали галлюцинации, касающиеся половых органов, 25%-27% выражали бред трансформации в лицо противоположного пола (цит. по Bancroft J., 2011). Начиная со второй половины 1970-х гг. столь высокая распространенность нарушений половой идентификации у больных эндогенно-процессуальными заболеваниями перестала упоминаться в научной литературе.

После обретения «транссексуальной идентичности» у пациентов менялся внешний облик. Особенно характерными были перемены в манере одеваться. Стиль одежды становился более нейтральным в полоролевом отношении, приближенным к «унисекс», или отчетливо отражал наличие расстройства половой идентификации. В последнем случае пациенты начинали прибегать к ношению одежды, предназначенной для лиц противоположного пола (Попова Г.А., 2020). Они начинали заявлять о сомнениях в половой принадлежности, о недовольстве собственным полом и/или о желании стать лицом противоположного пола (Кулиш С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Г.Е. Введенский, 2012; Попова Г.А., 2020). При этом пациенты с расстройствами шизофренического спектра часто подвергали трактовке события своего прошлого с позиции обретенной «транссексуальности», настаивая на наличии у них половой дисфории с детского возраста (Кулиш С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Г.Е. Введенский, 2012; Попова Г.А., 2020). Такое иррациональное поведение, не корректируемое контраргументами, авторы объяснили возникновением монотематичной

паранойяльной идеи, которая была обозначена С.Н. Матевосяном и Г.Е. Введенским (2012) как «паранойяльная идея изменения пола».

Первостепенной жалобами подростков с ТСПС при ШР является настойчивое желание выглядеть и позиционировать себя вне своего пола, что обуславливает необходимость проведения дифференциальной диагностики с ТС. Под ТС понимается *редкая, врожденная аномалия психики, проявляющаяся субъективно и объективно определяемой инверсией половой идентификации, сексуальной ориентации и социализации личности при полном осознании индивидуумом своей фактической половой принадлежности* (Васильченко Г.С., 1990; Белкин А.И., Карпов А.С., 1991; Бухановский А.О., 1994; Пффэфлин Ф., 2002; Матевосян С.Н. и соавт., 2008; Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н., 2019; Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., 2012; Цукер К. Дж., Брэдли С. Дж., 2020; Сафронов В.В. и соавт., 2021).

Дифференциальная диагностика между ШР и ТС является сугубо клинической. Целью диагностики является установление стойкого нарушения половой идентификации. Основным инструментом обследования пациентов является клинический метод, реализуемый посредством расспроса (клинического интервью) и объективного наблюдения за поведением больного. С помощью расспроса собирается субъективный и объективный анамнезы и выявляются факты, определяющие психическое состояние пациента. Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики (Белкин А.И., Карпов А.С., 1991; Бухановский А.О., 1994; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012; Макушкин Е.В. и соавт., 2016).

Данные экспериментально-психологического исследования являются дополнительным методом диагностики, позволяющим установить или опровергнуть наличие следующих проявлений:

1. характерные для ШР расстройства ассоциативной сферы в виде формальности, схематизма, фрагментированности, выхолащенности, стереотипности, склонности к детализации, своеобразия и вычурности (Мучник М.М. и соавт., 2001; Лебедева Г.Г. и соавт., 2013; Лебедева Г.Г., 2015; Лебедева Г.Г. и соавт., 2017);

2. характерные для ТС признаки инверсии половой идентификации в проективных методиках и полоролевых опросниках и т.д. (Бухановского А.О. и соавт., 1985).

При этом следует отметить, что используемые в клинической практике психометрические методики – «маскулинность-феминность» тест «Я – женщина/мужчина», «многофакторный опросник МиФ», специальные подшкалы ММРІ. и др. – легко поддаются искажению при наличии на то воли пациентов. Этот недостаток непреодолим и посредством методик, применяемых в других странах – «Utrecht Gender Dysphoria Scale», «Utrecht Gender Dysphoria Scale – Gender Spec-trum» (UDGS-GS), «Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnairefor Adolescents and Adults» (Bowman S.J. et al., 2021). Кроме того, убедительные результаты изучения влияния симптомов ШР на психометрическую оценку половой идентификации в научной литературе также не представлены. Такие исследования, проводимые уже после дебюта психического расстройства, не позволяют установить различия между преморбидными и приобретенными за счет симптомов болезни характеристиками пациентов. Психологическое исследование дает возможность выявить отсутствие у лиц с ТС характерных для расстройств шизофренического спектра ассоциативных, мотивационных и когнитивных нарушений, однако их наличие не исключает возможности независимого сочетания ТС и шизофрении (Кулиш

С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021).

Н.Д. Кибрик и соавт. (2017), анализируя случай ошибочной диагностики ТС у пациента с ШР, представили четыре дифференциально-диагностических критерия.

Первым критерием был *возраст появления первых признаков транссексуальной идентификации*: у представленного пациента устойчивое стремление к изменению пола возникло только в 34 года. Другие исследователи в своих работах отмечали частое возникновение трансролевых переживаний у больных расстройствами шизофренического спектра в пубертатный период (Кулиш С.Б., 2009; Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021).

Второй критерий связан с *характером основного мотива для смены пола*. В отличие от лиц с ТС, для которых типичным было утверждение о том, что они изначально чувствовали себя человеком другого пола и им необходимо привести свое тело и свой социальный статус в соответствие с этим ощущением, у представленного авторами пациента доминировал иной мотив: будучи женщиной «проще решать жизненные проблемы, меньше ответственности».

Третий критерий выражается в том, *в какой степени индивид хочет изменить свое тело и внешний вид*. При ТС типичен настрой на полную хирургическую коррекцию. Представленного авторами пациента устраивали внешние атрибуты женского пола – длинные волосы, женская одежда, украшения, косметика, слегка округлившиеся за счет гормонов формы тела, отсутствие волос на лице, а также и соответствующий паспорт. Данные, полученные другими авторами при исследовании групп пациентов, демонстрируют гетерогенность планов на изменение пола у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Были описаны случаи настойчивого стремления пациентов к перемене гражданского пола, к приему

гормональных препаратов, к хирургической коррекции внешности и примеры, когда недовольство полом выражалось лишь изменением манеры одеваться и позиционированием себя кругу ближайших знакомых (Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021). Кроме того, имеющиеся описания клинической картины ТСПС у пациентов с эндогенно-процессуальными заболеваниями, в отличие от описаний ТС, весьма неоднородны и характеризуются как разнообразием качественных характеристик, так и неодинаковой выраженностью половой дисфории (Кулиш С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012; Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021). Одни пациенты, подобно лицам с ТС, заявляют об ощущении себя представителями противоположного пола, некоторые – говорят о сомнениях в своей полоролевой идентичности, другие – об отказе ассоциировать себя со своим полом или какой-либо иной моделью.

В качестве четвертого дифференциально-диагностического критерия Н.Д. Кибрик и соавт. (2017) выделили *сохранение у описанного ими пациента гетеросексуального влечения* и желания жить половой жизнью с женой после половой трансформации. Результаты изучения сексуальной сферы у пациентов с нарушениями половой идентичности при расстройствах шизофренического спектра и ТС указывают на то, что для больных эндогенными заболеваниями в большей степени характерны полиморфизм проявлений и рассогласованность между идентификацией и сексуальной ориентацией (Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2022).

Алексеева Г.Н. на основании обследования 14 женщин с ШР и 9 – с ТС выделила следующие дифференциально-диагностические критерии: 1) особенности полоролевой идентичности; 2) интериоризация мужской половой роли; 3) полоролевое поведение; 4) сексуальное партнерство; 5) кризис полоролевой идентичности.

Идентичность в исследованной Г.Н. Алексеевой группе женщин с ТС была тесно спаяна с мужской половой ролью. В группе пациентов с ШР идентичность была не дифференцирована, представлена слабой мужской и слабой женской ролью.

Для большинства женщин с ТС была характерна когнитивная и смысловая интериоризация мужской половой роли. Образ мужчины имел в их представлении позитивный эмоциональный окрас, мужская половая роль была усвоена и осознана пациентками. В группе женщин с ШР образ мужчины не был включен в ценностно-смысловую структуру личности и имел отрицательный эмоциональный окрас.

Полоролевое поведение у женщин с ТС носило мужской характер в общении с мужчинами и смешанный – в общении с женщинами. С последними они демонстрировали успех в любых партнерских отношениях (дружеских, романтических, сексуальных). У женщин с ШР преобладало ригидное, маскулинное поведение как с мужчинами, так и с женщинами.

Анализ сексуальных предпочтений выявил преобладание женских черт (88%) в образе как идеального, так и реального партнеров у женщин с ТС. Пациентки из этой группы в подавляющем большинстве имели постоянную сексуальную партнершу и, в целом, были удовлетворены своей сексуальной жизнью. Женщины с ШР в 61% случаев давали отрицательную или амбивалентную оценку половых контактов, часто меняли сексуальных партнеров, испытывали сложности в установлении длительных отношений, не были удовлетворены половой жизнью. Образ партнера у них был не дифференцирован или слабо дифференцирован по полу. Сексуальная активность женщин этой группы была невелика и имела тенденцию к снижению.

У всех обследованных с ТС кризис идентичности в пубертате проходил без идентификации со своим полом, с недифференцированностью полоролевых предпочтений или присвоением противоположной своему полу

идентичности. У этой группы женщин нарушения телесного образа – испытываемый дискомфорт, недовольство, игнорирование, желание изменения тела – выражались в неприятии первичных (44%) и вторичных половых (88%) признаков и физиологических проявлений своего биологического пола (100%), в неприязни к своей внешности (55%). Суицидальные мысли возникали у 33% женщин, чрезмерное фантазирование было свойственно 22% участниц. В 88% случаев отмечались признаки социальной дезадаптации (потеря интереса к учебе и общению, избегание взаимодействия со сверстниками, конфликты с учителями). Сомнения в своей половой принадлежности у женщин с ШР впервые возникли в подростковом возрасте у 80%. Для них были характерны: патологическое протекание пубертата, суицидальные мысли и попытки, гиперролевое поведение. Неприятие первичных и вторичных половых признаков наблюдалось в 91% случаев и часто сочеталось с депрессивным фоном настроения, бредовыми идеями дисморфоманического характера и сенситивными идеями отношения.

А.Е. Старостиной (2023) были выделены следующие критерии для разграничения ТС и расстройств шизофренического спектра.

1. *Возраст осознания пациентами расстройства половой идентификации:* у пациентов с ТС возраст осознания гендерного несоответствия приходился на более ранний период.

2. *Наличие трансролевого поведения в детском возрасте:* у лиц с ТС чаще встречались элементы нарушений полоролевого поведения в детском возрасте.

3. *Наличие опыта жизни в ассоциируемой половой роли:* пациенты с ТС чаще имели опыт жизни в противоположной полу социальной роли и реже предпринимал попытки адаптации в соответствующей полу роли.

4. *Особенности психосексуального развития:* для лиц с ТС было характерно преимущественно гармоничное развитие, у пациентов с

расстройствами шизофренического спектра выявлялись задержки на платоническо-эротической стадии либидо.

5. *Наличие дисморфофобической симптоматики:* у больных расстройствами шизофренического спектра, в отличие от пациентов с ТС, выявились дисморфофобические переживания, не связанные с половыми признаками.

6. *Результаты психологического обследования полоролевого самосознания:* у лиц с ТС выявлялись значительно более очерченные признаки инверсии полового самосознания.

С введением МКБ-11 подходы к диагностике расстройств половой идентификации изменились. В новой классификации отсутствуют как диагноз «Транссексуализм», так и указание на необходимость разграничения «первичных» и «вторичных» расстройств половой идентификации. Рубрика «Гендерное несоответствие», заменившая «Расстройства половой идентификации», была перенесена в класс «Заболевания, связанные с сексуальным здоровьем». Новая категория включает 3 подраздела: гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте (НА60); гендерное несоответствие в детском возрасте (НА61); другие виды гендерного несоответствия (НА6Z). Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте (НА 60) характеризуется выраженным и стойким несовпадением гендера и приписанного при рождении пола лицами, имеющими по крайней мере два из нижеперечисленных признаков: сильное неприятие или дискомфорт первичных или вторичных половых признаков; сильное желание избавиться от некоторых или всех своих первичных и/или вторичных половых признаков из-за их несоответствия с гендером; сильное желание иметь первичные и/или вторичные половые признаки ощущаемого гендера. Человек испытывает сильное желание жить и быть принятым как носитель ощущаемого гендера. При этом ощущение гендерного несовпадения должно присутствовать непрерывно, по крайней мере, в течение нескольких месяцев.

Таким образом, проведение дифференциальной диагностики, основанной на модели «транссексуализм/не транссексуализм», не соответствует МКБ-11. Однако научная обоснованность новой классификации вызывает сомнения у значительной части специалистов. Г.Е. Введенский и С.Н. Матевосян (2017), анализируя изменение подхода к диагностике расстройств половой идентификации в МКБ-11, высказались следующим образом: «... предложения Рабочей группы по изменению в МКБ-11 рубрик сексуальных расстройств во многом основываются на социальных последствиях болезней и «правовых соображениях» в субъективной идеологической интерпретации при попытках игнорирования клинической психопатологической феноменологии и явной тенденцией к ее депатологизации, что отрицательно скажется на возможности использования классификации в работе практикующих врачей-психиатров и сексологов».

Н.Д. Кибрик и соавт. (2017) выразили аналогичное предостережение: «... такая депатологизация лиц, желающих сменить пол, может повлечь серьезные последствия, так как не принимается в расчет то, что это состояние нередко может сочетаться с психическими заболеваниями или быть их проявлением, а также заключать в себе явную или скрытую опасность суицида».

Кочарян Г.С. (2019) высказал следующее мнение: «... расстройства половой идентификации выносятся за рамки психопатологии и акцент делается на страданиях этих лиц (дистрессе), ответственность за которые переносится на общество. <....> В стремлении нормализовать транссексуальность акцент делается на том, что население (в целом) и человек с нарушением гендерной идентичности (в частности) должны считать трансгендерность полностью нормальным явлением, и это может уменьшить выраженность страданий. Привитие такой установки, по сути, является формированием социальной и индивидуальной анозогнозии

(отрицания самого факта существования данной патологии), что искажает реальное положение вещей».

В статье Reed G.M. et al. (2016), опубликованной в журнале «World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)», были изложены причины изменения подходов к диагностике расстройств половой идентификации в МКБ-11. Авторы сообщают, что в процессе разработки новой редакции классификации «ряд организаций гражданского общества», а также правительства нескольких государств-членов и парламент Европейского союза настоятельно призывали ВОЗ исключить категории, связанные с «трансгендерной идентичностью», из перечня психических расстройств. Под этим утверждением указаны сноски на следующие документы: «Резолюция Европейского парламента о правах человека, сексуальной ориентации и гендерной идентичности в Организации Объединенных Наций». (2011), «План действий в области психического здоровья на 2013-2020 годы» ВОЗ (2013), «Основные документы, 48-е изд.» ВОЗ (2014). Ссылки на результаты естественно-научных или клинических исследований, обосновывающих целесообразность изменений диагностических критериев и места в классификации болезней расстройств половой идентификации, в тексте статьи отсутствуют. Таким образом, произошедшие изменения обусловлены сугубо социальными – культурными и политическими – факторами. При этом оценивая вклад культуры в изменение медицинской парадигмы в отношении расстройств половой идентификации, необходимо учитывать тот факт, что суммарная численность населения стран, традиционно не поддерживающих декларации ООН по правам LGBTQ-движения (Российская Федерация, Китай, Индия, большинство стран Африки и Ближнего востока, Индонезия и др.) составляет более 5 млрд. человек. Таким образом, речь идет не только об отсутствии в мировом сообществе консенсуса в вопросе культурной приемлемости «депатологизации» расстройств половой идентификации, но и о непринятии

этого представителями большинства населения планеты. О политической ангажированности позиции ВОЗ в этом вопросе заявил в своем выступлении на 76-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (2023) заместитель министра здравоохранения РФ С.В. Глаголев: «Не менее важным вопросом является продвижение секретариатом ВОЗ концепции «третьего пола» в документы ВОЗ. Это согласуется с повесткой коллективного Запада по навязыванию населению стран Африки, Азии, Восточного Европы и Ближнего Востока нехарактерные для национальных устоев модели поведения, формируя очаги локальной напряженности. В подавляющем большинстве стран-членов ВОЗ на законодательном уровне закреплено существование лишь двух биологически признанных полов – мужчины и женщины. Она (концепция «третьего пола») также не закреплена в основополагающих международных документах ООН, где понятие пола освещается в традиционном его понимании – мужчина и женщина. Концепция «третьего пола» не имеет общепризнанного признания, не согласована странами-членами и не имеет всеобъемлющей поддержки мирового сообщества. Также отмечаем, что концепция «третьего пола» противоречит этно-культурному укладу, религиозной этике, национальным традициям и общественным нормам большей части стран-членов ВОЗ» (материал сайта: <https://minzdrav.gov.ru/news/2023/05/22/>).

Другим фактором, осложняющим дифференциальную диагностику (и изучение) «истинных» и «вторичных» расстройств половой идентификации, является снижение качества научного материала на эту тему за счет появления большого количества методологически несостоятельных и идеологически ангажированных исследований (Marchiano L., 2017). В современной науке изучение расстройств половой идентификации происходит преимущественно в рамках «гендерных исследований», относящихся к гуманитарным дисциплинам (психологии, социологии, философии и т.д.). В этих условиях произошло изменение

терминологического и понятийного аппаратов проблемы: характерными являются отказ от медицинской терминологии в пользу гуманитарной, неконтролируемый рост числа обозначений за счет научно необоснованного внедрения неологизмов, некорректное применение имеющихся названий. Так, в настоящее время широко используется термин «трансгендерность», объединяющий под собой как неоднородные медицинские понятия (расстройства половой идентификации, транссексуализм, «псевдотрансексуализм», некоторые формы транссвестизма и гомосексуализма и т.п.), так и социо-культурные категории (нонконформистские молодежные движения, тенденции моды и т.п.). Данное обстоятельство обуславливает проблему терминологической путаницы в научной литературе. В большинстве случаев неясно, какие именно респонденты формируют выборку «трансгендеров» и что является объектом изучения – биологически детерминированное и врожденное состояние, потенциально обратимое психическое расстройство, результат психологического конфликта или культурально обусловленное самопозиционирование. Отождествление этих различных по своей природе категорий приводит к искажению не только нового научного материала, но и уже накопленного. Например, синонимичное использование терминов «транссексуализм» и «трансгендерность» (Ушкова Е.В., Киреев Е.Ю., 2017; Менделевич В.Д., 2018; Петрова Н.Н. и соавт., 2021; Ваторопин А.С., Миронова Е.Н., 2021) объединяет неодинаковую доказательную базу этих феноменов и формирует ошибочное представление о «трансгендерности» как о естественно-научном явлении, изучаемом психиатрами с середины 50-х гг. прошлого века.

Сама половая идентификация в «гендерных исследованиях» не является предметом изучения, а регистрируется участниками самостоятельно и в желаемой ими форме. Исследуемые выборки исключительно редко подвергаются подробному клиническому анализу: в абсолютном

большинстве случаев объекты заведомо, без какой-либо проверки, рассматриваются в качестве психически здоровых лиц (Корси Е., 2017; Ушкова Е.В., Киреев Е.Ю., 2017; Defreyne J. et al., 2020; Turban J. L. et al., 2021; Чумаков Е.М. и соавт., 2021; Чумаков Е.М. и соавт., 2022). В соответствии с полученными таким образом данными, в качестве психической нормы утверждается существование многочисленных, выходящих далеко за пределы половой дихотомии, вариантов самоощущения, а также существование неопределенного (агендерность), дуального (бигендерность, демигендерность), изменчивого (гендерфлюидность) или уникального самовосприятия (Becker I. et al., 2017; Менделевич В.Д., 2020). В предлагаемых WPATH<sup>2</sup> «Стандартах медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и генернонеконформным индивидуумам» утверждается, что «выражение характеристик пола, включая идентичности, которые в силу стереотипов не ассоциируются с установленным при рождении полом, является всеобщим и разнообразным в различных культурах человеческим феноменом, который не следует рассматривать как по сути патологический или негативный». Появление или «осознание» альтернативной полу идентичности в подростковом или зрелом возрасте, несоответствие между полом, идентичностью, сексуальной ориентацией и поведением данный документ предлагает рассматривать в рамках многообразия человеческого вида, а выявляемые психические расстройства – в качестве проявления «стресса меньшинств» (материал сайта: <https://www.wpath.org/publications/soc>). Очевидно, что такие утверждения нуждаются в подтверждении надежными клиническими и естественно-научными данными, полностью отсутствующими в настоящее время. Результаты опубликованных мета-анализов и систематических обзоров однозначно указывают на то, что для «гендерных исследований»

---

<sup>2</sup> World Professional Association for Transgender Health - Всемирная профессиональная ассоциация здоровья трансгендеров (англ.)

характерно относительно низкое качество научного материала (Lambrese J., 2020; Reisner S.L. et al., 2016; Durwood L. et al., 2017; Priest M., 2019; Hruz P.W., 2020; Pellicane M.J., Ciesla J.A., 2022). P.W Hruz et al. (2020) к недостаткам современного представления о «трансгендерности» относят ограниченный объем существующей научной литературы, отсутствие рандомизированных проспективных исследований, небольшие размеры выборок, несовершенство критериев включения, короткую продолжительность исследований, высокий процент выбывших пациентов и зависимость от мнения «экспертов». Авторы указывают, что соблюдение установленных принципов доказательной медицины требует высокой степени осторожности и дифференцированного подхода при определении метода коррекции полоролевых нарушений.

Трансляция врачами-психиатрами результатов «гендерных исследований» – в устных публичных сообщениях, в научных статьях, в интервью СМИ, в беседах с пациентами и их родственниками – создает ложное впечатление соответствия цитируемых работ тем же стандартам, которые предъявляются к клиническим испытаниям. L. Marchiano (2017) указывает на проблему дискредитации современной психиатрии идеологической предвзятостью и материальной заинтересованностью врачей в популяризации феномена «трансгендерности». Автор приводит ряд примеров специалистов, полностью переориентировавших свою практику на работу с «трансгендерными людьми» по причине финансовой выгоды. По наблюдению L. Marchiano (2017), «специалисты по гендерным проблемам» часто не имеют специальной подготовки и видят своей целью не проведение диагностики, а поддержку своих пациентов в их стремлении к перемене пола. К.С. Виноградова (2022) на основании проведенного ею анализа зарубежной литературы также отметила радикальный характер распространившегося на среди западных психиатров аффирмативного подхода к ведению пациентов с расстройствами половой идентичности. Сутью этого подхода является

смещение акцента с психиатрической диагностики к помощи поциету в утверждении себя в новой роли и в подготовке к гормональному и хирургическому «переходу» В нашей стране в поддержку аффирмативного подхода высказались участники конференции «Трансформация подходов к здоровью трансгендерных людей. МКБ-10, МКБ-11» (Таллин, 2019) – Д.Д. Исаев, С.В. Выходцев, В.Д. Менделевич, Д.Н. Орлов (материалы сайта: <https://www.transcoalition.net/documents-conference-in-tallinn-2019/>).

Осложняет дифференциальную диагностику и склонность пациентов с возникающей в рамках расстройств шизофренического спектра половой дисфорией к искажению анамнестических сведений. По наблюдению Г.А. Поповой (2020), описание ощущения несоответствия полу у больных эндогенными заболеваниями носит однотипный, расплывчатый, весьма бедный в изложении характер, предоставляемые ими анамнестические сведения противоречат объективными данными. Причину этого расхождения, обследованные Г.А. Поповой пациенты объяснить не могут, демонстрируя разногласие с родителями, обвиняя их в негативном к ним отношении и выражая агрессию в адрес врача при попытках подробного расспроса. Г.Е. Введенский (2022) также указал на то, что при описании трансролевых переживаний пациенты пользовались «трафаретными, штампованными фразами», приводили в качестве жалоб общедоступные описания ТС, обнаруживая неспособность объяснить их сущность. Аргументируя утверждение о намеренной имитации больными проявлений расстройств половой идентификации, автор приводит слова двух пациенток о том, что им было «трудно изображать жесты и мимику мужчин».

С.Н. Матевосян (2009), кроме искажения больными анамнеза, описал феномен «отсутствия воспоминаний» о событиях прошлого: пациенты отказывались от обсуждения ряда диагностически значимых анамнестических сведений, в том числе относящихся к событиям относительно недавнего прошлого, заявляя о том, что помнят их.

Научных сведений о результатах лечения ТСПС при ШР у подростков недостаточно. По данным Г.А. Поповой (2020), возможности коррекции трансролевых переживаний у подростков с ШР посредством антидепрессантов весьма ограничены. Большинство пациентов демонстрировали стойкость половой дисфории в условиях снижения выраженности депрессии. Следует отметить, что в состоянии, обозначенном автором как «ремиссия», у пациентов сохранялись психопатоподобное поведение, расстройства влечений (самповреждения, алкоголизация), расстройства мышления в виде соскальзываний, шперрунгов, наплывов мыслей, «озвучивания мыслей», «музыки в голове», амбивалентности, касавшейся как сиюминутных ежедневных решений, так и более глобальных взглядов (гендерного самоопределения, отношения к жизни, своему состоянию). У 28.1% обследованных отмечалось сохранение астенической симптоматики, повышенной физической и психической истощаемости, выраженность которых приводила их к социальной дезадаптации.

В исследовании Старостиной Е.А., Ягубова М.И. (2021) также была выявлена низкая эффективность терапии: только у 2 наблюдаемых авторами пациентов с ШР на фоне назначения антипсихотиков, антидепрессантов и нормотимиков появились сомнения в необходимости перемены пола и уменьшились симптомы половой дисфории.

М. Urban и J. Rabe-Jabłońska (2010) был опубликован случай мужчины, в течение нескольких лет выражавшего недовольство своим полом и получавшего гормональную терапию для преодоления половой дисфории. После психотической декомпенсации и проведенного лечения, пациент назвал «ошибкой» свое стремление к изменению пола.

Также «роковой ошибкой» и «нашедшим затмением» назвал осуществленные по его желанию мероприятия по изменению пола пациент с ШР, описанный Н.Д. Кибрик и соавт. (2017).

С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский (2012) описали группу пациентов с юношескими сенситивными идеями отношения, фрагментарными дисморфофобическими, ипохондрическим, депрессивными расстройствами и сверхценными идеями, у которых сохранение гомосексуальных влечений и трансролевого позиционирования ограничивалось пубертатным периодом, по окончании которого наступила их редукция.

### **Резюме**

Научные данные об условиях и механизмах формирования, психопатологической сущности, клинической картине, дифференциально-диагностических критериях и способах коррекции ТСПС при ШР являются немногочисленными и неполными. Данный феномен никогда не исследовался в однородной по клиническому составу и возрасту участников выборке. Тем не менее, исследователям удалось выявить ряд общих для всех расстройств шизофренического спектра характеристик: 1) расстройства идентификации возникают на основе деперсонализации, дисморфофобической, дисморфоманической и паранойяльной симптоматики; 2) факторами предрасположения к формированию трансролевых переживаний являются психосексуальная инфантильность, отвержение в однополой группе сверстников, нарушение полового воспитания, семейная дисгармония с доминированием матери; 3) возникновение трансролевой установки происходит остро, по типу «озарения», после получения информации о существовании расстройств половой идентификации и возможности изменения пола.

Дифференциальная диагностика с ТС – редкой, врожденной и непреодолимой психической аномалией, проявляющейся субъективно осознаваемой и объективно определяемой инверсией половой идентификации, социализации и сексуальной ориентации личности при

полном осознании своей половой принадлежности – осложнена пересмотром медико-социальной парадигмы в отношении расстройств половой идентификации, низким качеством современного методического и научного материала на эту тему, склонностью пациентов с ШР к искажению анамнестических сведений.

Особенно противоречивы данные о результатах лечения ТСПС при ШР. На их основании не представляется возможным составить представления об эффективных методах терапии и прогнозе.

Таким образом, имеющиеся сведения о ТСПС при ШР являются недостаточными для удовлетворения возросшей в течение последних нескольких лет практической потребности, и нуждаются в расширении.

## **Глава 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **2.1. Цель исследования**

Совершенствование диагностической и лечебной помощи подросткам с транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве.

### **2.2. Задачи исследования**

1. изучить клинико-психопатологические характеристики ТСПС при ШР у подростков;
2. исследовать предрасположение к формированию ТСПС при ШР у подростков;
3. изучить клинико-динамические характеристики ТСПС при ШР у подростков;
4. разработать на основе полученных данных дифференциально-диагностические критерии для разграничения ТСПС при ШР и ТС;
5. разработать подход к лечению ТСПС у подростков с ШР.

### **5.1. Дизайн исследования**

Изучение клинико-динамических характеристик ТСПС проводилось нами в группе молодых людей в возрасте от 14 до 19 лет, страдающими ШР. Данная группа является основной и была обозначена как «группа А». Исследование было проведено при участии двух контрольных групп, включающих пациентов с ШР без ТСПС репрезентативного возраста (группа В) и лиц с ТС (группа С).

Критерии включения и невключения в исследование представлены в Табл. 2.1.

**Таблица 2.1. Критерии включения и исключения**

Группа	Критерии включения	Критерии исключения
А	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. переживаемое пациентами чувство несоответствия своему полу, отвержение признаков пола и/или стремление к перемене пола (социального статуса, внешнего облика);</li> <li>2. установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз «Шизотипическое расстройство» (F21);</li> <li>3. возраст 14-19 лет на момент обращения;</li> <li>4. наличие объективных анамнестических данных.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. наличие других психических расстройств (в т.ч. «Транссексуализм» (F64.0), «Фетишистский трансвестизм» (F65.1));</li> <li>2. наличие активно протекающих сопутствующих соматических и неврологических заболеваний</li> </ol>
В	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз «Шизотипическое расстройство» (F21);</li> <li>2. возраст 14-19 лет на момент обращения;</li> <li>3. наличие объективных анамнестических данных.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. переживаемое пациентами чувство несоответствия своему полу, отвержение признаков пола и/или стремление к перемене пола (социального статуса, внешнего облика)</li> <li>2. наличие активно протекающих сопутствующих соматических и неврологических заболеваний</li> </ol>

С	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз «Транссексуализм» (F64.0);</li> <li>2. наличие объективных анамнестических сведений;</li> <li>3. наличие медицинской документации с описанием значимых для исследования параметров, относящихся к подростковому возрасту.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. наличие сопутствующей психиатрической патологии, соответствующей критериям рубрики «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F2) МКБ-10;</li> <li>2. наличие активно протекающих сопутствующих соматических и неврологических заболеваний.</li> </ol>
---	---	---

## **2.4. Методы исследования**

### **2.4.1. Клинико-психопатологический метод**

С целью реализации цели исследования авторами был разработан опросник для клинического интервьюирования (карта научного исследования), направленный на изучение социально-демографических, индивидуально-психологических, клинических и поведенческих характеристик пациентов. Уделялось внимание наследственности, особенностям физического, нервно-психического и психосексуального развития, преморбидному уровню социальной адаптации пациентов. Исследовались клинико-динамические параметры эндогенно-процессуального заболевания, а также условия возникновения и феноменология расстройств половой идентификации. Анализировались поведение пациентов во время психолого-психиатрического обследования, эффективность проводимой терапии и пр. Данные фиксировались с учетом как субъективных, так и объективных анамнестических сведений.

### **2.4.2. Методики психологического исследования**

В процессе изучения клинико-феноменологических характеристик пациентов с ТСПС при ШР были применены следующие стандартизированные психологические методики:

1. для психометрической оценки ШП была применена шкала SOPS (Scale of Psychosis-Risk Symptoms, Miller T., 1999; McGlashan T., 2001);
2. для изучения эмоционально-волевой сферы был использован опросник HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale);
3. с целью регистрации обсессивно-компульсивной симптоматики была применена шкала Y-BOCS (Yale-Brown obsessive-compulsive scale);
4. для описания деперсонализационно-дереализационной симптоматики была использована Шкала деперсонализации (Ю.Л. Нуллер, 1988);
5. для оценки риска совершения самоубийства был использован опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой);
6. Методика «4-й лишний»;
7. Методика «Классификация»;
8. Методика «Пиктограммы»;
9. Тест «Простые аналогии»;
10. Тест «Сложные аналогии».
11. Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression – CGI)

### **2.4.3. Методы статистической обработки данных**

Статистическая обработка производилась с применением инструментария программы Statistica 10. Значимость различий между номинальными признаками оценивалась с использованием критерия  $\chi^2$ -Пирсона или точного двустороннего критерия Фишера, для сравнения числовых показателей применялся критерий Манна Уитни, пороговый уровень значимости составлял  $p < 0,05$ . Для оценки связи численных признаков использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена, Степень ассоциации качественных признаков представлена значением коэффициента  $\phi$  для таблиц 2x2 и  $V$  – коэффициентом Крамера для таблиц

большой размерности (оба эти коэффициента могут изменять свои значения от 0 – полное отсутствие связи до 1 – максимально тесная связь).

## **2.5. Общая характеристика материала исследования**

### **2.5.1. Характеристика основной группы (группа А)**

Основную группу (А) составили 60 пациентов, у которых РПИ возникало вторично по отношению к ШР. Клинический состав группы А имел следующий вид: «Псевдопсихопатическая (психопатопоподобная) шизофрения» (F21.4) – 60% ( $n=36$ ); «Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения» (F21.3) – 40% ( $n=24$ ).

Возраст обследованных составил  $17,1 \pm 1,16$  лет.

Половой состав группы А имел следующий вид: девушки – 65% ( $n=39$ ), юноши – 35% ( $n=21$ ). Таким образом, соотношение количества юношей к числу девушек составило: 1:1,85

Большинство участников группы А на момент включения в исследование являлись учащимися средней школы – 56,7% ( $n=34$ ), студентами вуза были 23,3% ( $n=14$ ), студентами средне-специального учебного заведения – 11,7% ( $n=7$ ), нигде не обучались – 8,3% ( $n=5$ ). Постоянное место работы имели 15 ( $n=9$ ) участников, 85% ( $n=51$ ) не работали.

При оценке семейного положения было установлено преобладание лиц, проживающих в родительских семьях: в неполных семьях – 53,3% ( $n=32$ ), в полных – 31,7% ( $n=19$ ). О проживании с другими родственниками сообщили 1,7% ( $n=1$ ). В детском доме воспитывались 1,7% ( $n=1$ ). Самостоятельно проживали 6,7% ( $n=4$ ), совместно с сексуальным партнером – 5% ( $n=3$ ).

Обращение к психиатрам с жалобами на недовольство полом в прошлом подтвердили 40% обратившихся ( $n=24$ ): 21,7% ( $n=13$ ) – получили рекомендации по лечению психического расстройства, 13,3% ( $n=8$ ) – встретили поддержку врачей в их стремлении к перемене пола, 3,3% ( $n=2$ ) –

имели различный результат обследования у разных врачей, 1,7% ( $n=1$ ) – были перенаправлены к врачу, специализирующемуся на РПИ. Двум пациентам в прошлом был установлен диагноз «Транссексуализм» (F64.0) и выдана справка об изменении пола № 087-у.

К психологам за помощью обращались 26,7% участников группы А ( $n=17$ ): 21,7% ( $n=13$ ) – получили поддержку в стремлении к изменению пола, 3,3% ( $n=2$ ) – получили рекомендации по обращению к психиатру, 3,3% ( $n=2$ ) – имели различный опыт.

### **2.5.2. Характеристика 1-й контрольной группы (группа В)**

В группу В был включен 61 пациент, страдающий ШР: «Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения» (F21.4) – 67,2% ( $n=41$ ); «Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения» (F21.3) – 32,8% ( $n=20$ ).

Возраст участников составил  $17,1 \pm 1,27$  лет.

Распределение пациентов из группы В по полу имело следующий вид: юноши – 27,9% ( $n=17$ ), девушки – 72,1% ( $n=44$ ). Соотношение количества юношей к числу девушек составило 1:2,58.

Социальный статус пациентов из группы В: учащиеся средней школы – 49,2% ( $n=30$ ), студенты вуза – 29,5% ( $n=18$ ), студенты средне-специального учебного заведения – 9,8% ( $n=6$ ); не обучаются – 11,5% ( $n=7$ ). О наличии постоянной работы сообщили 4,9% обследованных ( $n=3$ ), не работали – 95,1% ( $n=58$ ).

В неполных родительских семьях проживали 52,5% пациентов ( $n=32$ ), в полных – 42,6% ( $n=26$ ), с другими родственниками – 1,6% ( $n=1$ ), совместно с сексуальным партнером – 3,3% ( $n=2$ ).

### 2.5.3. Характеристика 2-й контрольной группы (группа С)

Во 2-ю контрольную группу (С) были включены 44 пациента, обратившихся в ЛРНЦ «Феникс» в период с 1991 г. по 2021 г., с установленным диагнозом «Трансгендеризация» (F64.0).

Средний возраст пациентов в группе С составил  $30,6 \pm 6,9$  лет. Авторами исследования не ставилась задача включать в группу С пациентов, близких по возрасту к участникам группы А. Согласно имеющимся статистическим данным, от 70% до 90% несовершеннолетних, заявляющих о наличии у них половой дисфории, в последствие отказываются от альтернативной полоролевой самопрезентации (Zucker K.J., 2014; Giordano S., 2019; Материал сайта <https://www.wpath.org/publications/soc>). Таким образом, зрелый возраст пациентов с ТС выступал свидетельством наличия у них *стойкого* расстройства половой идентификации.

Распределение участников по полу: мужчины – 6,8% ( $n=3$ ), женщины – 93,2% ( $n=41$ ). Соотношение женщин к мужчинам составило 13,66:1. Таким образом, группа С отличалась от группы А и по половому составу участников ( $p=0,007$ ), что соотносится с данным отечественных исследователей о существенно большей распространенности ТС среди женщин (Бухановский А.О., 1994; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012). Также между пациентами из основной и 2-й контрольной групп имелись статистически значимые отличия по возрасту ( $p=0,001$ ), что не противоречит цели и задачам исследования.

Большинство участников группы С на момент включения в исследование уже завершили обучение – 95,5% ( $n=42$ ), 4,5% ( $n=2$ ) являлись студентами средне-специального учебного заведения. Были трудоустроены 93,2% ( $n=41$ ).

Совместно с сексуальным партнером проживали 43,2% респондентов ( $n=19$ ), самостоятельно – 38,6% ( $n=17$ ), в полных родительских семьях – 9,1% ( $n=4$ ), с одним из родителей – 9,1% ( $n=4$ ).

#### 2.5.4. Расчет объема выборки

Расчет объема выборки для проведения сравнительного анализа средних величин в группах проводили при помощи следующих формул, представленных ниже. (Отдельнова К.А., 1980; Миняев В.А., Вишняков Н.И., 2012; Altman D.G., 1990).

1. Для повторного отбора

$$n = \frac{t^2 \times SD^2}{\Delta^2}, \quad (1)$$

где  $n$  – минимальное число исследуемых,  $t$  – доверительный коэффициент,  $SD$  – стандартное отклонение,  $\Delta$  – предельная допустимая ошибка выборки.

2. Для бесповторного отбора

$$n = \frac{N \times t^2 \times SD^2}{N \times \Delta^2 + t^2 \times SD^2}, \quad (2)$$

где  $n$  – минимальное число исследуемых,  $t$  – доверительный коэффициент,  $SD$  – стандартное отклонение,  $N$  – генеральная совокупность,  $\Delta$  – предельная допустимая ошибка выборки,  $p$  – вероятность наступления исследуемого события.

Для расчета объема выборки при сравнении относительных величин использовали следующие формулы:

1. Для повторного отбора

$$n = \frac{t^2 \times p \times (100 - p)}{\Delta^2}, \quad (3)$$

где  $n$  – минимальное число исследуемых,  $t$  – доверительный коэффициент,  $\Delta$  – предельная допустимая ошибка выборки,  $p$  – вероятность наступления исследуемого события.

2. Для бесповторного отбора

$$n = \frac{N \times t^2 \times p \times (100 - p)}{N \times \Delta^2 + t^2 \times p \times (100 - p)} \quad (4)$$

где  $n$  – минимальное число исследуемых,  $t$  – доверительный коэффициент,  $N$  – генеральная совокупность,  $\Delta$  – предельная допустимая ошибка выборки,  $p$  – вероятность наступления исследуемого события.

Определение объема выборки при сравнении двух групп (формула Н.А. Плохинского, 1970) (Плохинский Н.А., 1970)

$$n = \frac{t^2}{\Delta^2} (p_1 q_1 + p_2 q_2), \quad (5)$$

где  $n$  – минимальное число исследуемых,  $p_1$  и  $p_2$  – вероятность наступления исследуемого события в основной и контрольной группах, соответственно  $q_1$  и  $q_2$  – вероятность наступления события, обратного исследуемому,  $\Delta$  – предельная ошибка выборки.

Формула Лера (мощность исследования 90%) (Lehr R., 1992)

$$90\%: \quad n = \frac{21}{(\delta / SD)^2} \quad (6)$$

$$\text{или} \quad n = \frac{21}{((p_1 - p_2) / \sqrt{p(100 - p)})^2} \quad (7)$$

где  $n$  – минимальное число исследуемых,  $SD$  – стандартное отклонение,  $\delta$  – минимальная клинически значимая разность показателей,  $p$  – вероятность наступления исследуемого события,  $p_1$  и  $p_2$  – вероятность наступления исследуемого события в основной и контрольной группах.

Расчеты по данным формулам проводили при помощи он-лайн калькулятора на сайте <https://medstatistic.ru/calculators/calcsite.html>. После проведения анализа всех полученных результатов было получено решение выбрать за желаемый объем выборки расчет по формуле Н.А. Плохинского. При расчете по формуле брали значение средней частоты встречаемости факторов риска в основных группах 20%, в контрольной 10%, значение предельной ошибки 5%, минимальный достаточный суммарный объем выборки, объединяющей основные и контрольные группы, для представления результатов исследования в долях (процентах) составил 150

человек. Согласно формулам для повторного отбора (формула 1) и бесповторного отбора (формула 2) для результата исследования, представленного в средних величинах, объемы выборки должны быть 60 и 65 человек соответственно. А согласно формулам 6-7 размер выборки для сравнения двух средних рекомендуется брать не менее 158 человек. Таким образом, необходимое число исследуемых для проведения сравнения, было определено по вышеназванным формулам для средних величин и долей (процентов) при заданной мощности исследования 90%.

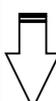
Таким образом, объем исследуемой выборки, составляющей 165 человек (60 человек в группе А, 61 в группе В, 44 в группе С), позволяет достичь достаточной мощности исследования для получения статистически значимых выводов при сравнении изучаемых параметров.

## 2.6. Структура исследования

Исследовательская программа включала 3 этапа: этап 1 – клинический скрининг (первичный консультативный прием, отбор пациентов для контрольных групп); этап 2 – обследование (клиническое, психологическое); этап 3 – лечение.

Структура исследования представлена в таблице 2.2.

**Таблица 2.2. Структура исследования**

Этап	Длительность	Действия	Число участников в исследуемых группах (n, чел.)		
			А	В	С
1	1 день	1. Отбор потенциальных участников исследования из числа пациентов ЛРНЦ «Феникс» на основе критериев включения и исключения.	106	61	82
2	3-4 недели	1. Процедура подписания добровольного информированного согласия на участие в	65 	61	44

		исследовании. 2. Психолого-психиатрическое обследование 3. Установление диагноза, окончательная проверка критериев включения и невключения.	 60		
	1-2 дня	<i>Группа В, группа С.</i> 1. Процедура подписания добровольного информированного согласия на участие в исследовании 2. Дополнительное психиатрическое обследование в соответствии с дизайном научного исследования			
3	4-36 мес.	1. Процедура подписания добровольного информированного согласия на лечение 2. Проведение лечения.	42	48	-

**Группа А.** В течение периода с 2016 г. по 2021 г. в ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» (далее – ЛРНЦ «Феникс») за консультативной помощью обратились 134 пациента с жалобами на психоэмоциональный дискомфорт, который они связывали с чувством несоответствия своему полу и фрустрированным стремлением к его изменению. У 106 человек в ходе первичной консультации были предварительно диагностированы различные варианты ШР. Из этого числа пациентов для проведения дальнейшего обследования были отобраны 65 человек, чье соответствие критериям включения и несоответствие критериям невключения были предварительно подтверждены в процессе клинической беседы (этап 1).

Далее, на этапе 2, на основании подписанного пациентами и/или их законными представителями информированного согласия было проведено амбулаторное психолого-психиатрическое обследование.

Психиатрическое обследование, реализованное диссертантом, включало сессию из 7-8 встреч с каждым пациентом и 3-5 встреч с членами ближайшего окружения. Обследование проводилось единообразно, при помощи разработанного исследовательской группой опросника для клинического интервьюирования, соотносящегося с содержанием карты научного исследования. Общая продолжительность психиатрического обследования составляла 15-20 часов на каждого пациента.

Психологическое исследование проводилось клиническим психологом, включенным в исследовательскую группу. В процессе диагностики были использованы следующие методики: проба Шульте, корректурная проба (тест Бурдона), оценка кратковременной слуховой памяти по методу Лурия, пиктограммы, 4-й лишний, классификации, сравнение понятий, простые аналогии, сложные аналогии, шкала тревоги и депрессии Бека, СМИЛ (ММРІ), патохарактерологический диагностический опросник (для пациентов младше 18 лет). Общая продолжительность психологического обследования составляла 4-6 часов на каждого пациента.

Окончательный диагноз устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 решением консилиума в составе не менее 2-х врачей-психиатров, сексолога, клинического психолога. На этом этапе, после уточнения критериев включения и невключения, в основную группу исследования (группа А) были отобраны 60 человек. Причиной невключения в исследование отобранных на скрининге пациентов стали: сомнительная связь расстройства половой идентификации с симптомами ШР (2 человека с установленным диагнозом «Шизотипическое личностное расстройство» (F21.8)), выявление в процессе обследования психотической симптоматики (2 человека с диагнозом «Шизоаффективное расстройство, смешанный тип» (F25.2)), досрочное прекращение обследования (1 человек, диагноз не установлен).

Информированное согласие на проведение лечения подписали 42 пациента. Все они были включены в этап 3 данного исследования. Проведение психофармакотерапии основывалась на современных принципах отечественной и мировой психиатрии. Подбор лекарственных препаратов осуществлялся индивидуально, с учетом особенностей клинической картины имеющегося расстройства. Пациенты получали психиатрическую помощь амбулаторно и в условиях дневного стационара. Осмотр врачом-психиатром осуществлялся 1-2 раза в неделю при амбулаторном лечении и ежедневно – в дневном стационаре. Психотерапевтическая помощь пациентам была оказана сертифицированным психотерапевтом. Частота сеансов психотерапии подбиралась индивидуально, но в большинстве случаев составляла 1 раз в неделю. Продолжительность этапа 3 составляла от 6 до 24 месяцев.

Результаты психолого-психиатрического обследования, лечения и катamnестического наблюдения пациентов из группы А были внесены в карту научного исследования и подверглись статистической обработке.

**Группа В.** С целью формирования 1-й контрольной группы (группа В), по критериям включения и невключения в группу В из числа пациентов ЛРНЦ «Феникс» был отобран 61 человек (этап 1). Включение в группу В происходило на основании подписания пациентом и/или его законными представителями информированного согласия на участие в исследовании.

Процедура обследования пациентов из группы В (этап 2) включала уточнение субъективных и объективных анамнестических данных согласно клиническому интервью, проводимому в группе А (реализовано диссертантом), а также проведение специфических для данного научного исследования психологических тестов.

Согласие на проведение лечения в группе В подписали 48 пациентов. Все они были включены в этап 3 данного исследования. Проведение психофармакотерапии в группе В, так же, как и в группе А, происходило индивидуально, с учетом клинической картины расстройства каждого

пациента, амбулаторно и в условиях дневного стационара. Осмотр врачом-психиатром осуществлялся 1-2 раза в неделю при амбулаторном лечении и ежедневно – в дневном стационаре. Психотерапевтическая помощь в группе В была оказана сертифицированным психотерапевтом. Частота сеансов психотерапии подбиралась индивидуально, но чаще составляла 1 раз в неделю. Продолжительность этапа 3 в группе В была 4 до 36 месяцев. Результаты психолого-психиатрического обследования, лечения и катamnестического наблюдения пациентов из группы В были внесены в карту научного исследования и подверглись статистической обработке.

**Группа С.** Отбор участников второй контрольной группы также осуществлялся из числа пациентов ЛРНЦ «Феникс». В результате предварительного скрининга, проведенного диссертантом, были отобраны 82 архивные медицинские карты пациентов с установленным диагнозом «Транссексуализм» (F64.0) (этап 1). С 59 пациентами удалось связаться по телефону. После разъяснения сути проводимого научного исследования, эти пациенты были приглашены для проведения клинического интервьюирования. Согласие на участие в исследовании выразили 44 человека. Все они были включены в группу С и опрошены единообразно участникам групп А и В – в процессе личных встреч или дистанционных консультаций (этап 2). Результаты клинического интервьюирования были внесены в карту научного исследования и подвергнуты статистической обработке. Изучение группы С на этапе 3, а также дополнительное психологическое исследование не проводились по причине того, что эти параметры не соответствуют целям исследования.

### ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ У ПОДРОСТКОВ (СТАТИКА)

#### 3.1. Общие клинические проявления транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков

В соответствии с общей для подростков закономерностью, пациенты из группы А обращались за медицинской помощью преимущественно по инициативе взрослых членов ближайшего окружения (86,7%,  $n=52$ ). В основной группе первичное обращение пациентов в 75% случаев ( $n=45$ ) было обеспечено родителями, в 11,7% ( $n=7$ ) – другими лицами (врачами-психиатрами, психологами, друзьями). Мотивы обращения наиболее часто были обусловлены высказываниями подростков о желании изменить пол (60%,  $n=36$ ). При этом 51,7% ( $n=31$ ) взрослых выражали протест против этого стремления. Во всех случаях это были родители. Свое несогласие они объясняли «внезапным» возникновением идей о принадлежности к трансгендерам, резким изменением полоролевого поведения, возникновением несвойственных ранее пациентам замкнутости, холодности или конфликтности, критическим сужением круга интересов и увлечений до темы «трансгендерности». Поддержку трансролевого самоопределению пациентов высказали 8,3% ( $n=5$ ) взрослых. При этом только в одном случае солидарность выражал один из родителей, в остальных – другие лица.

Жалобы на нарушения поведения у подростков выражали 15% ( $n=9$ ) обратившихся взрослых. Высказываемые пациентами суицидальные идеи и совершенные попытки стали причиной проведения психиатрического обследования в 10% ( $n=6$ ) случаев. Об аффективных расстройствах сообщили 1,7% ( $n=1$ ) взрослых. В связи с другими причинами обратились 3,3% ( $n=2$ ). Наличие трансролевых переживаний здесь выявлялось в процессе

клинической беседы впервые или воспринималось инициаторами обследования (во всех случаях это были родители) в качестве второстепенной проблемы.

Формулируя мотивы обращения к психиатру, пациенты чаще, чем сопровождающие их взрослые, делали акцент на недовольстве полем и желании его изменить (78,4%,  $n=47$ ). Эти жалобы подростки выражали эмоционально, сумбурно и расплывчато. Характерным для них было настоятельное повторение одних и тех же «штампов» и цитат в ответ на уточняющие вопросы или просьбы логически аргументировать свои высказывания. Они уклонялись от развернутых ответов и стремились заменять описательное изложение наукообразными обозначениями, относящимися к так называемой «гендерной терминологии». При расспросе о том, откуда им стали известны эти названия, пациенты сообщали, что узнали о них в процессе изучения информации о «трансгендерности» в интернете.

При сопоставлении субъективных анамнестических данных с полученными со слов ближайшего окружения, а также с материальными свидетельствами было установлено, что 81,7% ( $n=49$ ) случаев подростков с ТСПС предоставляли недостоверные сведения о половой идентификации и полоролевом поведении: 36,7% ( $n=22$ ) – только на первичной консультации; 45% ( $n=27$ ) – в процессе всего периода обследования. В 13,3% случаев ( $n=8$ ) пациенты из основной группы намеренно прибегали к изменению внешности и поведения с имитацией облика представителей противоположного пола непосредственно перед визитом к врачу.

Пациенты признавали, что много времени уделяли бесплодным размышлениям на тему собственной идентичности, прав «сексуальных меньшинств», «феминизма» и т.п. Их интересы и мысли были в значительной степени (36,7%,  $n=22$ ) или практически полностью (63,3%,  $n=38$ ) сконцентрированы теме «трансгендерности». Большинство подростков (70%,

$n=42$ ) сообщили о наличии у них в кругу общения лиц, либо относящих себя к «трансгендерам» или поддерживающих LGBTQ-движение. Именно этих людей пациенты называли наиболее значимыми для себя. В их обществе они ощущали себя «равными» («понятыми», «нормальными»), не испытывали страха агрессии в свой адрес. Пациенты обильно («запойно») потребляли текстовую и видео-информацию на эту тему, которую активно транслировали – обычно фрагментарно и поверхностно – в беседах с врачом и членами семьи. На просьбы выразить переживания «своими словами» они демонстрировали неспособность это сделать, реагировали раздражением или пассивно отказывались от диалога.

Содержание идеи о принадлежности к «трансгендерам» у подростков с ШР противоречило как предшествующему опыту пациентов, так и общепринятым представлениям о закономерностях психосексуального развития человека (Коломинский Я.Л., 2005; Флотская Н.Ю., 2006; Каган В.Е., 2010; Виноградова Н.А., 2012), в том числе – лиц с ТС (Васильченко Г.С., 1990; Бухановский А.О., 1994). Участники групп А, как правило, отрицали «внезапное» возникновение у них расстройства половой идентификации в подростковом возрасте, утверждая, что переживали недовольство полом с детства – с  $9,6 \pm 4,1$  лет. Однако, согласно объективным данным, они идентифицировали себя соответственно своему полу до возраста  $15,4 \pm 0,99$  года. На попытки обсуждения этого противоречия и контраргументы пациенты давали следующие варианты ответов, нередко сочетающиеся друг с другом:

1. настаивали на том, что скрывали свои переживания от близких по причине страха агрессии с их стороны и не проявляли своей идентичности в поведении на протяжении большей части жизни;
2. утверждали, что не осознавали собственной половой принадлежности или не задумывались над этим вопросом до недавнего времени;
3. сообщали о полном отсутствии воспоминаний о детском возрасте.

Первый и второй варианты ответов расцениваются нами как очевидно оторванные от реальности. Первичная половая идентификация (знание своей половой принадлежности) складывается у человека к 1,5-3 годам и служит одним из наиболее устойчивых, стержневых элементов самосознания. В возрасте 2-5 лет у детей усиливается интерес к своим гениталиям. Для возраста 4-5 лет характерны игры с раздеванием, изучением гениталий, которые по существу представляют собой исследование (доступным ребенку способом) половых различий. В 6-7 лет подавляющее большинство детей окончательно осознают постоянство своей половой принадлежности (Коломинский Я.Л., 2005; Флотская Н.Ю., 2006; Каган В.Е., 2010; Виноградова Н.А., 2012). Несмотря на тот факт, что в ряде международных методических указаний, в том числе в предложенных «Всемирной профессиональной ассоциацией по здоровью трансгендеров» (WPATH) «Стандартах медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным людям», утверждается обратное (материал сайта: <https://www.wpath.org/publications/soc>), научно обоснованных свидетельств о возможности «осознания» психически здоровыми людьми собственной половой идентичности лишь в подростковом, юношеском или зрелом возрасте не было предоставлено (Lambrese J., 2020; Vries A.L. et al., 2011; Reisner S.L. et al., 2016; Durwood L. et al., 2017; Priest M., 2019; Hruz P.W., 2020; Pellicane M.J., Ciesla J.A., 2022). Эти заявления также не согласуются с результатами данного исследования, согласно которым в детском возрасте большинство пациентов демонстрировали теплое отношение к членам семьи (98,3%,  $n=59$ ) и, таким образом, не имели причин скрывать от них свои переживания. Третий вариант ответа соответствует описанию аутопсихической деперсонализации: пациенты неоднократно заявляли об отсутствии воспоминаний о периоде времени, предшествующем дебюту заболевания, при этом, однако, подробно описывали его в ходе сбора

анамнестических сведений (Жмуров В.А., 2010). Аналогичную жалобу предъявляли и пациенты из группы В (96,7%,  $n=59$ ).

Параметры разграничения феноменологических характеристик расстройства половой идентичности, наблюдаемого у лиц с ТС, и ТСПС у подростков с ШР представлены в таблице 3.1.

**Таблица 3.1. Характеристики половой идентификации при транссексуалоподобных состояниях у подростков с шизотипическим расстройством и при транссексуализме**

Клинические параметры		Группа А, n (%)	Группа С, n (%)	<i>p</i>
Половая идентификация	Нормативная	0 (0)	0 (0)	<0,001*
	Инверсная	12 (20)	44 (100)	
	Трансгендер	36 (60)	0 (0)	
	Транссексуал	1 (1,7)	0 (0)	
	«Человек без пола»	6 (10)	0 (0)	
	Другое	6 (13,6)	0 (0)	
Реакция на обращение по имени	Нейтральная	33 (55)	11 (25)	0,006*
	Негативная	27 (45)	33 (75)	
Реакция на обращение в роде, соответствующем полу	Нейтральная	40 (66,7)	12 (27,3)	<0,001*
	Негативная	20 (33,3)	32 (72,7)	
Половая идентификация в речи	Соответствует полу	13 (21,7)	2 (4,5)	<0,01*
	Исключительно в инверсном роде	6 (10)	26 (59,1)	<0,001*
	Избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе соответственно полу	27 (45)	3 (6,8)	
	Избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит	4 (6,7)	13 (29,5)	

	о себе в инверсном роде			
Стремление к изменению пола	Нет	2 (3,3)	0	0,01*
	Перемена имени с возможностью позиционировать себя в иной половой роли в кругу близких	4 (6,7)	4 (6,7)	
	<...> социального, гражданского и гормонального пола	6 (10)	0 (0)	
	<...> социального, гражданского, гормонального пола и проведение частичной хирургической коррекции пола (без изменения гениталий)	26 (43,3)	7 (6,8)	
	Стремление к полной половой трансформации	18 (30)	41 (93,2)	
	Другое	2 (3,3)	0 (0)	

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Большинство пациентов позиционировали себя в качестве «трансгендеров» или транссексуалов, не проводя смысловых различий между этими понятиями (61,7%,  $n=37$ ). Инверсно (противоположно) по отношению к полу себя идентифицировали 20% ( $n=12$ ) пациентов. Эти подростки формулировали свои переживания как ощущение тождества лицам противоположного пола и желание выглядеть и презентовать себя соответствующим образом. В качестве «людей без пола» («агендеров») себя позиционировали 10% ( $n=6$ ) участников группы А. Не предусмотренные дизайном исследования варианты самоопределения («Я парень, но одновременно девушка», «Хочу обладать и мужскими и женскими половыми органами») выражали 10% ( $n=6$ ) подростков. При обсуждении этих высказываний пациенты ссылались на полученную в интернете

информацию о проявлениях РПИ, согласно которой в рамках психической нормы у человека возможны разнообразные варианты половой идентификации. Не способные указать конкретный источник этого знания, пациенты выражали уверенность в его истинности и негативно реагировали на контраргументы.

Выражаемое пациентами недовольство своим телесным обликом они бескомпромиссно объясняли «трансгендерностью». При этом механизм возникновения у них желания изменить свой пол не соответствовал описанному А.О. Бухановским (1994) психогенезу транссексуальной установки. При обсуждении вопросов, касающихся недовольства внешностью и планов на изменение пола, подростки из группы А стремились уклониться от подробного описания жалоб, давая эмоционально насыщенные, но шаблонные ответы на уточняющие вопросы («Просто ненавижу мое тело... Все в нем не нравится», «У меня гендерная дисфория»). Однако в процессе бесед с врачом все пациенты признавали, что за несколько лет до возникновения идеи о перемене пола они испытывали мучительные переживания по поводу неудовлетворенности отдельными чертами внешности, которое позже «осознали» как проявление половой дисфории. Особенно выраженное негативное восприятие телесных признаков пола – черт лица, телосложения, гениталий, молочных желез – наблюдалось у 38,3% ( $n=23$ ) подростков, считавших коррекцию внешности приоритетом над изменением социального статуса.

В 63,3% ( $n=38$ ) случаев пациенты настойчиво отстаивали свое желание изменить пол. Готовность к пересмотру своих планов на половую трансформацию при отрицательном решении консилиума врачей относительно наличия у них соответствующих показаний допускали 36,7% ( $n=22$ ) подростков. Почти половина пациентов с ТСПС заявляли о намерении изменить документы, начать заместительную гормональную терапию с целью преобразования внешности и прибегнуть к частичной хирургической

коррекции тела с сохранением гениталий (43,3%,  $n=26$ ). О желании полной трансформации, предусматривающей оперативное удаление имеющихся половых органов с формированием имитации гениталий противоположного пола сообщили 30% ( $n=18$ ) участников группы А. Только изменение гражданского статуса и прием половых гормонов планировали 10% ( $n=6$ ) пациентов. Стремилась позиционировать себя в иной половой роли без проведения юридических и медицинских мероприятий по изменению пола 6,7% ( $n=4$ ) подростков. Другие, не предусмотренные дизайном данного исследования, варианты изменения пола, были описаны у 6,7% ( $n=4$ ) участников. Не планировали каких-либо действий в этой сфере – 4,5% ( $n=2$ ). Во всех случаях намерение пациентов изменить свой пол было поверхностным и наивным. Заявляя о «жизненной важности» половой трансформации, они не формулировали ни реалистичной тактики своих действий по реализации своего желания, ни стратегии дальнейшей жизни.

Негативную реакцию на обращение по имени давали 45% ( $n=27$ ) пациентов. Протестовали против обращения к ним в соответствующем полу роде 33,3% ( $n=20$ ). При этом в собственной речи большинство участников группы А не проявляли заявленную, отличную от пола идентификацию: 45% ( $n=27$ ) говорили о себе, избегая родовых окончаний, но при необходимости – соответственно полу, 21,7% ( $n=13$ ) использовали исключительно соответствующие полу родовые окончания. При расспросе пациенты объясняли это «стеснением» или «привычкой скрывать свою идентификацию». Однако на просьбу продолжить беседу, используя соответствующие декларируемому самоощущению родовые окончания, подростки с ТСПС демонстрировали неспособность это сделать, особенно явную при неформальном и достаточно продолжительном разговоре. Лишь по прошествии некоторого времени, которое, согласно объективным данным, пациенты проводили «тренируя речь», они начинали говорить о себе в противоположном полу роде. Изначально в инверсном роде говорили о себе

10% пациентов ( $n=6$ ), 16,6% ( $n=10$ ) – использовали мужской и в женский род попеременно, 6,7% ( $n=4$ ) – избегали родовых окончаний, но при необходимости говорили о себе инверсно.

Параметры разграничения характеристик сексуального влечения и поведения у лиц с ТС и при ТСПС у подростков с ШР представлены в таблице 3.2.

**Таблица 3.2. Характеристики сексуального влечения и поведения при транссексуалоподобных состояниях у подростков с шизотипическим расстройством и при транссексуализме**

Клинические параметры		Группа А, n (%)	Группа С, n (%)	<i>p</i>
Сексуальное влечение	Отсутствие	37 (61,7)	0 (0)	0,0001*
	Гетеросексуальное	8 (13,3)	0 (0)	
	Гомосексуальное	8 (13,3)	44 (100)	
	Бисексуальное	7 (11,7)	0 (0)	
Парное сексуальное поведение	Отсутствие	37 (61,7)	9 (20,5)	<0,001*
	Гетеросексуальное	9 (15%)	0 (0)	
	Гомосексуальное	9 (15%)	32 (72,7)	
	Бисексуальное	5 (8,3%)	3 (6,8)	
Мастурбация		41 (68,3)	0 (0)	<0,001
Отвержение гениталий		25 (41,7)	44 (100)	<0,001*

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Более чем у половины участников группы А интерес к сексу отсутствовал (61,7%,  $n=37$ ). Гетеросексуальное влечение подтвердили 13,3% ( $n=8$ ) подростков. О гомосексуальном интересе сообщили 13,3% ( $n=8$ ) опрошенных. В качестве бисексуалов себя позиционировали 11,7% ( $n=7$ ) подростков с ТСПС.

Обращает на себя внимание тот факт, что, выражая недовольство наличием гениталий в 70% случаев ( $n=42$ ), 68,3% ( $n=41$ ) участников группы А подтвердили регулярную мастурбацию в течение жизни, 36,7% ( $n=22$ ) практиковали генитальные сексуальные контакты, 66,7% ( $n=40$ ) заявили о нежелании в будущем производить хирургическую коррекцию половых органов (см. табл. 3.1.). На уточняющие вопросы на эту тему пациенты часто давали парадоксальные ответы. Например, подростки утверждали, что при мастурбации или во время генитальных контактов представляли себя лицами противоположного пола.

Параметры разграничения характеристик полоролевого поведения у лиц с ТС и при ТСПС у подростков с ШР представлены в таблице 3.3.

**Таблица 3.3. Характеристики полоролевого поведения при транссексуалоподобных состояниях у подростков с шизотипическим расстройством и при транссексуализме**

Клинические параметры		Группа А, n (%)	Группа С, n (%)	<i>p</i>
Группирование в обществе лиц, противоположного пола	Да	28 (46,7%)	44 (100)	<0,001*
	Отдельные элементы или сомнительно	0 (0)	0 (0)	
Стремление к видам деятельности, характерным для противоположного пола	Да	0 (0)	44 (100)	0,0001*
	Отдельные элементы или сомнительно	6 (10%)	0 (0)	
Кросс-дрессинг	Отсутствие	16 (26,7)	1 (2,3)	<0,019*
	Полный кросс-дрессинг	12 (20)	36 (81,8)	
	Стиль «унисекс»	27 (45)	7 (15,9)	
	Отдельные элементы	4 (6,7)	0 (0)	
	Другое	1 (1,7)	0 (0)	
Прически	Полностью соответствуют	15 (25)	0 (0)	<0,001*

	полоролевым стереотипам			
	В целом соответствуют полоролевым стереотипам	18 (30)	3 (6,8)	
	Стиль «унисекс»	9 (15)	21 (47,7)	
	Не соответствуют полоролевым стереотипам	18 (30)	20 (45,5)	

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Категорично заявляя о невозможности продолжения жизни в соответствующей полу роли, подростки с ШР не предпринимали реальных действий, направленных на усвоение и соблюдение иной половой роли. О предпочтении общества лиц противоположного пола заявили 46,7% ( $n=28$ ) подростков с ТСПС. При исследовании анамнеза было установлено, что в действительности пациенты общались либо в смешанных компаниях, где в равной степени взаимодействовали как с мальчиками, так и с девочками, либо вообще не имели близкого круга среди сверстников. Наличие увлечений, традиционно свойственных лицам противоположного пола, подтвердили лишь 10% ( $n=6$ ) пациентов. Приводимые в качестве примеров занятия, однако, не обнаруживали резких нарушений полоролевых стереотипов: умеренный интерес к кулинарии у юношей, увлечение спортом у девушек и т.п.

Наличие трансролевых переживаний наиболее ярко выражалось в одежде пациентов. Полное несоответствие верхней одежды полу (кросс-дрессинг) наблюдалось в 20% ( $n=12$ ) случаев. В стиле «унисекс» были одеты 45% ( $n=27$ ) пациентов. Отдельные элементы одежды или аксессуары, не соответствующие полу, носили 6,7% ( $n=4$ ) участников основной группы. Согласно полу одевались 28,3% ( $n=17$ ) пациентов. Первоочередной причиной ношения одежды, не совпадающей или не вполне совпадающей с полом, пациенты с

ТСПС называли «внутреннюю потребность в соответствии одежды (их) самоощущению» вне зависимости от впечатления, которое они производят на окружающих. Лица, чей внешний вид удовлетворял полоролевым стереотипам, настаивали на желании носить иную одежду и утверждали, что не прибегали к кросс-дрессингу исключительно по причине социального давления. В противовес этому большинство пациентов (93,3%,  $n=56$ ) продолжали носить соответствующее полу нижнее белье.

Прически у подростков с ТСПС соответствовали полоролевым стереотипам (укороченные у юношей, удлиненные у девушек) в 25% ( $n=15$ ) случаев, частично соответствовали – в 30% ( $n=18$ ), не соответствовали – в 30% ( $n=18$ ). Стилю «унисекс» придерживались 15% ( $n=9$ ) участников группы А.

В отличие от ТСПС у подростков с ШР, проявления ТС в группе С были, в целом, однородны. Выражаемые пациентами переживания соответствовали их внешнему виду, поведению, субъективным и объективным анамнестическим сведениям.

Участники группы С во всех случаях обращались за медицинской помощью самостоятельно (100%,  $n=44$ ) ( $p<0,001$ ) в связи с желанием получить разрешение на изменение пола (100%,  $n=44$ ) ( $p>0,05$ ). На момент проведения обследования 59,1% ( $n=26$ ) родителей пациентов поддерживали их стремление к перемене пола, 6,8% ( $n=3$ ) – выразили категоричное неприятие этого, 27,3% ( $n=12$ ) – не имели четкого мотива обращения к психиатру, 6,8% ( $n=3$ ) сформулировали иные причины обращения.

Лица с ТС позиционировали себя исключительно инверсно по отношению к полу (100%,  $n=44$ ) ( $p<0,001$ ), сообщая, что ощущают свою принадлежность к противоположному полу при полном осознании несоответствия этого ощущения их телесному облику. Как и участники группы А, они выражали недовольство наличием половых признаков, однако эти переживания у них ярко проявлялись в поведении. В подростковом

возрасте стремление к полной трансформации выражали 93,2% ( $n=41$ ) участников группы С, что существенно выше, чем в группе А ( $p=0,01$ ). Они не практиковали мастурбацию и генитальные сексуальные контакты. В единичных случаях, нарушающих эту закономерность, обследованные сообщали лишь о «пробах» совершения этих действий, которые никогда не носили систематического характера, сопровождалась чувством дискомфорта и быстро отвергались пациентами. Им было свойственно исключительно гомосексуальное влечение (100%,  $n=44$ ) ( $p=0,0001$ ). В соответствии с этим, большинство участников группы С (72,7%,  $n=32$ ) придерживались гомосексуального поведения ( $p<0,001$ ). Бисексуальное поведение, которое подтвердили 6,8% ( $n=3$ ) пациентов, реализовывалось при полном отсутствии гетеросексуального влечения, вынуждено – в стремлении к соответствию культуральным нормам. При этом сексуальные отношения с представителями противоположного пола были им неприятны как физически, так и эмоционально, и во всех случаях поддерживались непродолжительное время. Не вели сексуальную жизнь на момент обследования 20,5% ( $n=9$ ) лиц с ТС.

Они стремились к социализации в противоположной полу роли, группируясь в обществе лиц иного с ними пола (100%,  $n=44$ ) ( $p<0,001$ ), демонстрируя интерес к соответствующим видам деятельности (100%,  $n=44$ ) ( $p=0,0001$ ). К облачению в одежду лиц противоположного пола в подростковом возрасте систематически прибегали 81,8% ( $n=36$ ) пациентов с ТС. О ношении одежды в стиле «унисекс» сообщили 15,9% ( $n=7$ ) участников группы С. Полное соответствие одежды полу было для них редкостью (2,3%,  $n=1$ ).

Согласно ретроспективным отчетам, пациенты с ТС в подростковом возрасте значительно чаще молодых людей с ШР и ТСПС обнаруживали несоответствующую полу идентификацию в речи: 45,5% ( $n=20$ ) говорили о себе инверсно по отношению к полу; 43,2% ( $n=19$ ) – избегая родовых

окончаний или в соответствии с полом при посторонних и инверсно в кругу близких; 9,1% ( $n=4$ ) – избегая родовых окончаний, но при необходимости инверсно; 2,3% ( $n=1$ ) – избегая родовых окончаний, но при необходимости соответственно полу ( $p<0,01$ ). На обращение в соответствующем полу роде лица с ТС, будучи подростками, реагировали преимущественно негативно (72,7%,  $n=32$ ) ( $p<0,001$ ). На обращение по имени – также чаще давали отрицательную реакцию (75%,  $n=33$ ) ( $p=0,006$ ).

Закономерным образом, столь яркие особенности полоролевого поведения не оставались скрытыми от членов ближайшего окружения независимо от мировоззренческих установок родных и их отношения к расстройствам половой идентификации или гомосексуальности. Родители, как правило, называли более ранний срок возникновения явных полоролевых нарушений в поведении по сравнению с самими пациентами. Так, согласно воспоминаниям лиц с ТС, ощущение несоответствия своему полу они отмечали с  $6,29\pm 2,4$  лет. Нарушения полоролевого поведения, по объективным данным, отмечалось с  $5,3\pm 2,3$  лет. Во всех случаях особенностью воспитания детей с ТС были безуспешные попытки родителей воспитывать их в соответствии с полом. Однако в процессе взросления пациентов и усиления их сопротивления родители осознавали бесперспективность этих попыток и принимали сложившуюся ситуацию. Решение о перемене пола не только не являлось неожиданным для членов семьи, но и в большинстве случаев поддерживалось ими (59,1%,  $n=26$ ) или, по крайней мере, не вызывало резкого отторжения (34,1%,  $n=15$ ).

Во время бесед с врачом участники группы С в ответ на просьбу объяснить свои переживания давали развернутые, сугубо индивидуальные, наполненные субъективно значимыми деталями и примерами описания, не нуждаясь для этого в специальных терминах. На уточняющие вопросы они отвечали аргументированными объяснениями, не выражая при этом негативных эмоций.

Таким образом, идея о несоответствии своему полу у подростков с ШР существенно отличалась от РПИ при ТС. Сутью ТСПС у данной категории пациентов было сверхценное стремление к идентификации себя с «трансгендерами» как с *социальной группой*. Кросс-дрессинг, использование не соответствующих полу родовых окончаний, высказываемые планы на изменение пола, жалобы на «половую дисфорию» представляли собой лишь маркирующие принадлежность к этой группе атрибуты, которые пациенты перенимали в большей или в меньшей степени. Иррациональный, эмоционально насыщенный, утрированный и крайне ригидный характер этого стремления, его внезапное возникновение в подростковом возрасте, сопровождаемое сужением круга интересов и влечений, позволяют судить о его психопатологическом происхождении. Аналогичные переживания были неоднократно описаны в научной литературе, однако их интерпретация различна. Авторы классических работ, посвященных изучению эндогенно-процессуальных заболеваний в подростковом и юношеском возрасте, с определенной долей условности относили их к сверхценным образованиям, бредоподобным фантазиям, метафизической интоксикации или к патологически утрированным пубертатным реакциям имитации и группирования (Ковалев В.В., 1985; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Личко А.Е., 1989; Цуцульковская М.Я., 1999 (1)). В данной работе мы не преследуем цели вступить в дискуссию о дифференциально-диагностических границах между этими понятиями. Более важным считаем указать на соответствие их содержания психопатологической сути ТСПС при ШР у подростков.

### **3.2. Клинические проявления шизотипического расстройства у подростков с транссексуалоподобными состояниями**

Клиническая картина ШР в группах А и В соответствовала изложенным в МКБ-10 критериям этого заболевания, а также описаниям, представленным

в наиболее известных русскоязычных учебных пособиях и методических рекомендациях ведущих научных учреждений (А.Е. Личко, 1989; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; R Levin, 1998; Mittal K. et al., 2007; Цуцуйковская М.Я., Копейко Г.И., 2012; Коцюбинский А.П. и соавт., 2015; See A. et al., 2021; Kaplan A., Smith C., 2021; Sher L., 2021; Hare K. et al., 2021). Однако установочное поведение пациентов с ТСПС в значительной степени затрудняло клинический анализ проявлений основного психического расстройства. Так, предъявляемые подростками из группы А жалобы существенно отличались от мотивов обращения подростков с ШР без трансролевых переживаний. Инициаторами обращения пациентов из группы В чаще становились родители (91,8%,  $n=56$ ) и значительно реже – сами пациенты (6,6%,  $n=4$ ) и другие лица (1,6%,  $n=1$ ) ( $p=0,03$ ). Причиной обращения со стороны взрослых были нарушения поведения (42,6%,  $n=26$ ), суицидальные идеи и попытки (31,1%,  $n=19$ ), аффективные расстройства (14,8%,  $n=9$ ) у подростков и другие причины (8,2%,  $n=5$ ). Четкий мотив отсутствовал у 3,3%, ( $n=2$ ) близких ( $p<0,001$ ). Сами пациенты из группы В предъявляли первостепенные жалобы на аффективные нарушения (54,1%,  $n=33$ ), суицидальные идеи и попытки (8,2%,  $n=5$ ), а также на нарушения поведения (6,6%,  $n=4$ ) и другие проблемы со стороны душевного здоровья (16,4%,  $n=10$ ). Не формулировали четкого мотива обращения 14,8% ( $n=9$ ) подростков ( $p<0,001$ ).

В группе А первоочередные жалобы на неудовлетворительное психическое состояние предъявляли лишь 21,6% ( $n=13$ ) подростков: 10% ( $n=6$ ) – на аффективные нарушения; 5% ( $n=3$ ) – на суицидальные идеи/попытки; 3,3% ( $n=2$ ) – на другие проблемы со стороны душевного здоровья. Имеющиеся у этих лиц трансролевые переживания выявлялись в процессе клинической беседы. У 3,3% ( $n=2$ ) четкий мотив к проведению обследования отсутствовал.

Клиническая картина собственно ШП у подростков из групп А и В была описана клинически и психометрически.

В условиях отсутствия специальной психометрической методики для описания ШП А.П. Коцюбинским и соавт. (2015) было рекомендовано использование с этой целью шкалы SOPS, предназначенной для выявления скрытой или кратковременной шизофреноподобной симптоматики, включая рудиментарные, не достигающие критериев развернутого психоза феномены (Miller T. et al., 1999; McGlashan T. et al., 2001). Данная методика является «непсихотическим» аналогом шкал PANSS и BPRS и позволяет оценить степень выраженности симптоматики по 4 направлениям: позитивные, негативные симптомы, симптомы дезорганизации и общие симптомы.

В результате тестирования в группах А и В были получены практически идентичные показатели по всем субшкалам в основной и 1-й контрольной группах. Данные представлены в таблице 3.4.

**Таблица 3.4. Данные психометрической оценки пациентов по шкале SOPS**

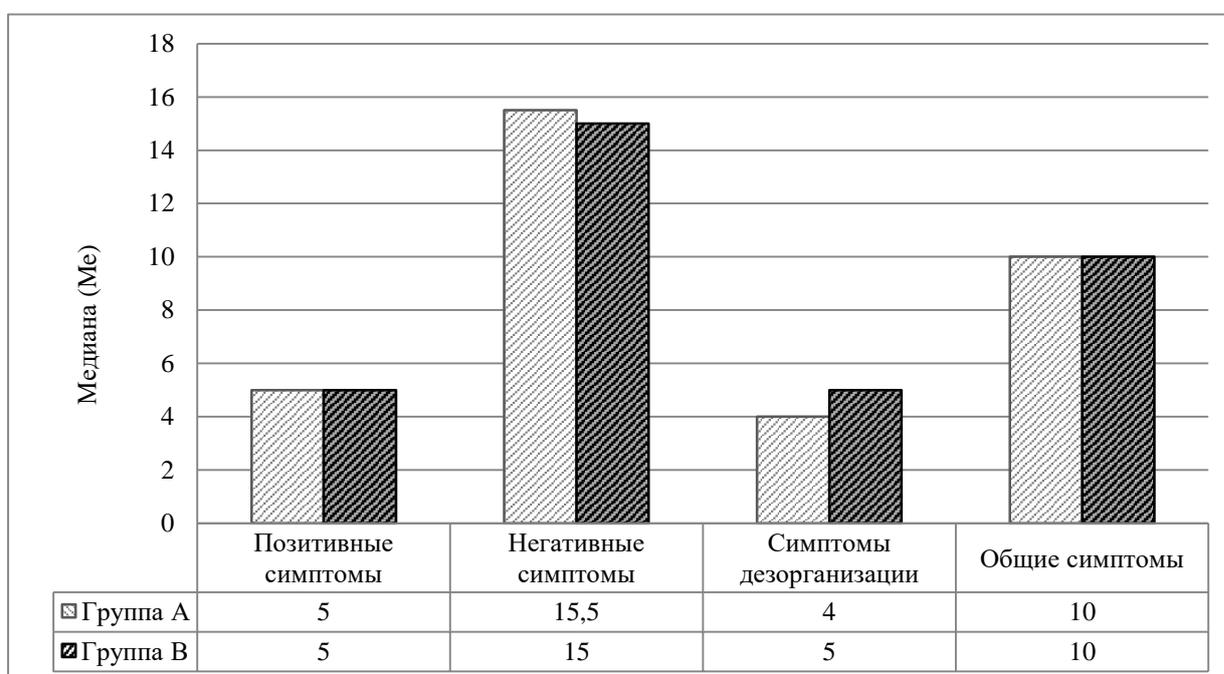
Показатели	Группа А M±SD	Группа В M±SD	<i>p</i>
Общий балл	39,9±12,2	40±11,8	0,685
Позитивные симптомы	7±3,3	6,97±3,5	0,740
Негативные симптомы	16,85±4,8	16,48±4,6	0,701
Симптомы дезорганизации	5,43±2,6	5,84±2,63	0,364
Общие симптомы	10,48±3,5	10,57±3,4	0,835

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$

Согласно полученным результатам, наиболее яркими проявлениями ШП как в основной, так и в контрольной группах были субъективное ощущение снижения энергии и утрата прежней продуктивности, уменьшение инициативности и эмоциональной экспрессии, трудности распознавания эмоций окружающих и притупление собственных чувств, изоляция с целью избегания социальной тревоги. Характерны были и общие симптомы:

дисфории, снижение толерантности к стрессу, нарушения сна. Менее ярко обнаруживали себя позитивные психопатологические проявления – идеи отношения, бредовые идеи, ощущение измененности себя и окружающих, нарушение функции мышления (наплыв, обрыв мыслей, персеверации, вкладывание, открытость, чтение мыслей), подозрительность, иллюзии и галлюцинаторные переживания. Симптомы дезорганизации поведения выражались трудностями концентрации внимания, импульсивностью и неадекватным ситуационным аффектом.

Графическое изображение результатов тестирования пациентов по шкале SOPS представлено на рисунке 3.1.



**Рисунок 3.1. Данные психометрической оценки пациентов по шкале SOPS**

Примечание: согласно критерию  $\chi^2$ -Пирсона – статистически значимые различия между группами А и В отсутствуют ( $p > 0,05$ )

Клинически мы также наблюдали идентичность проявлений ШР в основной и 1-й контрольной группах. У пациентов выявлялись аффективная и невротоподобная психопатология, расстройства влечений, диссоциативные и субпсихотические феномены, структурные нарушения мышления.

Аффективные нарушения были представлены атипичными депрессивным синдромом, а также структурно незавершенным гипоманиакальным синдромом.

Наличие *депрессии* подтверждали все подростки с ТСПС. При этом кроме ведущего симптома (ангедония), обязательных (гипобулия, когнитивные нарушения) и дополнительных (антивитальные и суицидальные идеи) симптомов выявлялись и факультативные проявления – волнообразная тревога, паника, психическая анестезия, бесплодная рефлексия, эмоционально-гиперестетические расстройства, вегетативные нарушения, эксплозивность и целенаправленная гипербулия (16,7%,  $n=10$ ). Атипичной была и динамика депрессии – она имела персистирующий, затяжной характер и лабильную выраженность с аутохтонным и ситуативным усилением и послаблением симптоматики. В группе В депрессивные переживания также выявлялись у всех пациентов, их проявления были аналогичны описанным для группы А.

Подростки сообщали о монотонной апатии, чувстве «душевной пустоты» и «внутренней измененности», ощущении отчужденности процесса мышления, мучительной рефлексии. Объективно отмечались повышенная утомляемость, возникновение замкнутости и стремления к одиночеству, избегание общения, непереносимость шума и прикосновений, снижение толерантности к стрессу и умственным нагрузкам при обычной двигательной активности и упорядоченном поведении. У 63,3% ( $n=38$ ) пациентов из группы А и у 42,6% ( $n=26$ ) подростков из группы В ( $p=0,213$ ) депрессивные переживания выражались в практически постоянных ощущениях апатии, сужении эмоционального резонанса, недостатке жизненного тонуса и субъективно переживаемых трудностях концентрации внимания при отсутствии объективно определяемых ангедонии, анергии и когнитивных нарушений.

С целью психометрической оценки аффективного состояния была использована шкала HADS, обладающая высокой дискриминантной валидностью в отношении как депрессии, так и тревоги. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: «тревога» и «депрессия» (Солдаткин В.А. и соавт., 2015). Тестирование пациентов по шкале HADS позволило выявить клинически значимые показатели депрессии и тревоги. Данные представлены в таблице 3.5.

**Таблица 3.5. Результаты исследования уровня депрессии и тревоги по шкале HADS**

HADS		Группа А	Группа В	<i>p</i>
HADS (D)	M±SD	12,55±4,6	16,21±3,4	0,001*
	Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	11,5 [9;16]	17 [13;19]	
	Min-Max	4-21	10-21	
HADS (A)	M±SD	11,3±4,2	12,2±3,3	0,163
	Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	11 [9;14]	12 [10;14]	
	Min-Max	4-21	5-21	

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$

Средний балл по шкале депрессии (D) в группе А составил 12,55±4,6. В группе В данный показатель оказался выше – 16,21±3,4 баллов ( $p=0,001$ ). Показатели по шкале тревоги (A) в группах А и В оказались схожими и составили 11,3±4,2 и 12,2±3,3 соответственно ( $p=0,163$ ).

На фоне монотонной ангедонии отмечались короткие эпизоды психического возбуждения с резким усилением тревоги, тоски, гипер- или гипестезией, повышенной импульсивностью, неконтролируемым наплывом мыслей депрессивного, аутодеструктивного или агрессивного содержания, ментизмом. Они возникали как аутохтонно, так и в ситуациях психоэмоциональной нагрузки. В последнем случае дисфории носили характер эндореактивных состояний, которые, выражаясь в виде аутоагрессии или направленной на членов ближайшего окружения

вербальной и косвенной гетероагрессии, производили впечатление неадекватных раздражителю взрывных вспышек.

Структурно незавершенный *гипомниакальный синдром* регистрировался у 48,3% ( $n=29$ ) участников группы А и у 55,7% ( $n=34$ ) – в группе В ( $p=0,415$ ). Во всех случаях были описаны редко и бессистемно возникающие, кратковременные (продолжительностью не более суток) периоды эйфории, не сопровождавшиеся выраженным ускорением мышления, объективно определяемым повышением активности и нарушениями поведения.

*Деперсонализационно-дереализационный синдром*, выявленный у всех пациентов из группы А (100%,  $n=60$ ) и у 96,7% ( $n=59$ ) ( $p=0,158$ ) участников группы В, проявлял себя парциально, в едином конгломерате с аффективными нарушениями. Характерным было возникновение элементов ауто- и аллопсихической деперсонализации. Пациенты выражали жалобы на ощущение апатии, эмоциональное «бесчувствие», отсутствии воспоминаний о событиях, предшествовавших дебюту болезни. Сообщали о постоянно испытываемом ими ощущении отчужденности от окружающих и утрате способности распознавать эмоции других людей. Дерееализация возникала транзиторно, короткими «вспышками», преимущественно на фоне выраженной тревоги, наиболее часто проявляясь в виде эпизодов *deja vu*.

В качестве инструмента психометрической оценки деперсонализации была использована шкала Ю.Л. Нуллера (1988), включающая 16 пунктов с описанием различных проявлений психической анестезии, с которыми при их наличии пациенту предлагается согласиться или дать отрицательный ответ в случае их отсутствия. Выбор данного опросника обусловлен его чувствительностью как к явным симптомам, так и к редким и слабо выраженным проявлениям деперсонализации, характерным для непсихотических вариантов расстройств шизофренического спектра у

подростков (Ковалев В.В., 1985; Личко А.Е., 1989; Цуцельковская М.Я., 1999 (1)). Результаты опроса представлены в таблице 3.6.

**Таблица 3.6. Результаты оценки выраженности деперсонализации**

Шкала деперсонализации		Группа А	Группа В	<i>p</i>
	M±SD	8,65±4,3	9,8±3,5	0,019*
	Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	8 [6;10;75]	9 [8;11]	
	Min-Max	-3-19	4-19	

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$

Для подростков из обеих групп была характерна преимущественно легкая выраженность симптомов деперсонализации. При этом пациенты из контрольной группы продемонстрировали более высокие показатели, чем лица с ТСПС.

Периодическое возникновение разнообразных *фобий*, а также *обсессий* дисморфофобического, депрессивного, контрастного агрессивного и аутодеструктивного содержания подтвердили лишь 3,3% ( $n=2$ ) подростков из группы А и 88,5% ( $n=54$ ) – из группы В ( $p=0,001$ ).

Инструментом оценки обсессивно-компульсивной симптоматики у подростков с ТСПС был выбран краткий вариант шкалы Y-BOCS, состоящий из 10 вопросов, описывающих различные проявления обсессий и компульсий, выраженность которых предлагается оценить по 5-балльной шкале от полного отсутствия симптома до максимальной его тяжести. Результаты оценки представлены в таблице 3.7.

**Таблица 3.7. Результаты оценки выраженности обсессивно-компульсивной симптоматики по шкале Йеля-Брауна**

Шкала Y-BOCS		Группа А	Группа В	<i>p</i>
	M±SD	24,87±6,5	23,67±6,8	0,239
	Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	23 [20;29]	22 [18;28]	
	Min-Max	16-38	14-38	

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$

Как видно, в ходе психометрического исследования подростки с ТСПС значительно более охотно предъявляли данные об обсессивной симптоматике. Отрицая наличие obsessions в предварительной беседе, они сообщили о высокой выраженности навязчивых мыслей при тестировании и продемонстрировали аналогичный результат с пациентами из группы В.

Пациенты из группы А и В имели высокую склонность к аддиктивному поведению и разнообразным расстройствам влечений. При этом подростки из основной и 1-й контрольной группы демонстрировали неодинаковые предпочтения при выборе аддиктивного агента и объекта влечения. Так, к алкоголизации прибегали 10% ( $n=6$ ) пациентов в группе А и 42,6% ( $n=26$ ) в группе В ( $p=0,0001$ ). Об употреблении наркотических веществ сообщили 8,3% ( $n=5$ ) участника группы А и 36% ( $n=22$ ) пациентов в группе В ( $p=0,0001$ ). Расстройства пищевого поведения не наблюдались в группе А, а у пациентов в группе В регистрировались относительно часто, в 34,4% ( $n=21$ ) случаев ( $p=0,0001$ ).

Фантазии о жестоком убийстве животных подтвердили 3,3% ( $n=2$ ) пациентов из основной и 4,9% ( $n=3$ ) из 1-й контрольной группы ( $p=0,45$ ). О гомицидных фантазиях заявляли 15% ( $n=9$ ) подростков в группе А и 18% ( $n=11$ ) участников группы В ( $p=0,653$ ). О наличии агрессивных влечений большинство подростков с ШР сообщали самостоятельно. Лишь в одном случае пациентка из группы А скрыла от врача влечение к убийству членов семьи. В последствие она совершила brutальный зооцид.

Влечение к несуйцидальному самоповреждению регистрировалось у 35% ( $n=21$ ) пациентов из группы А и у 68,9% ( $n=42$ ) подростков из группы В ( $p=0,0001$ ). Таким образом, вероятность возникновения влечения к самоповреждению в группе В было в 4,1 раза выше, чем в группе А (ОШ=4,1 ДИ 95% [1,92;8,76]).

О нанесении самоповреждений в группе А сообщили 30% ( $n=18$ ) пациентов и 68,9% ( $n=42$ ) – в группы В ( $p=0,0001$ ). При этом объективные признаки самоповреждающего поведения обнаруживались у 41,7% ( $n=25$ ) пациентов с ТСПС, у 53,3% ( $n=32$ ) – в анамнезе были выявлены аутодеструктивные действия, у 71,7% ( $n=43$ ) – мысли о самоповреждении.

Суицидальные переживания были отнесены к расстройствам влечений по причине их несоответствия тяжести депрессии. О суицидальных идеях сообщали 51,7% ( $n=31$ ) пациентов в группе А и 63,9% ( $n=39$ ) в группе В ( $p=0,172$ ). При этом 31,7% ( $n=19$ ) участников группы А, заявивших о стремлении к самоубийству, сообщили об этом только при направленном расспросе. Мысли о brutальных способах самоубийства – посредством падения с высоты, смерти под колесами тяжёлого транспорта, разрывании, разрезании собственного тела – описали 30% ( $n=18$ ) пациентов из группы А и 63,9% ( $n=39$ ) – из группы В ( $p=0,0001$ ). Таким образом, вероятность возникновения brutальных суицидальных фантазий в группе В была в 4,1 раза выше, чем в группе А (ОШ=4,1 ДИ 95% [1,9;8,8]). Попытки самоубийства признали 6,7% ( $n=4$ ) пациентов из группы А и 23% ( $n=14$ ) участников группы В ( $p=0,012$ ). Таким образом, вероятность совершения суицидальных попыток в 1-й контрольной группе была в 4,1 раза выше, чем в основной (ОШ=4,1 ДИ 95% [1,28;13,5]).

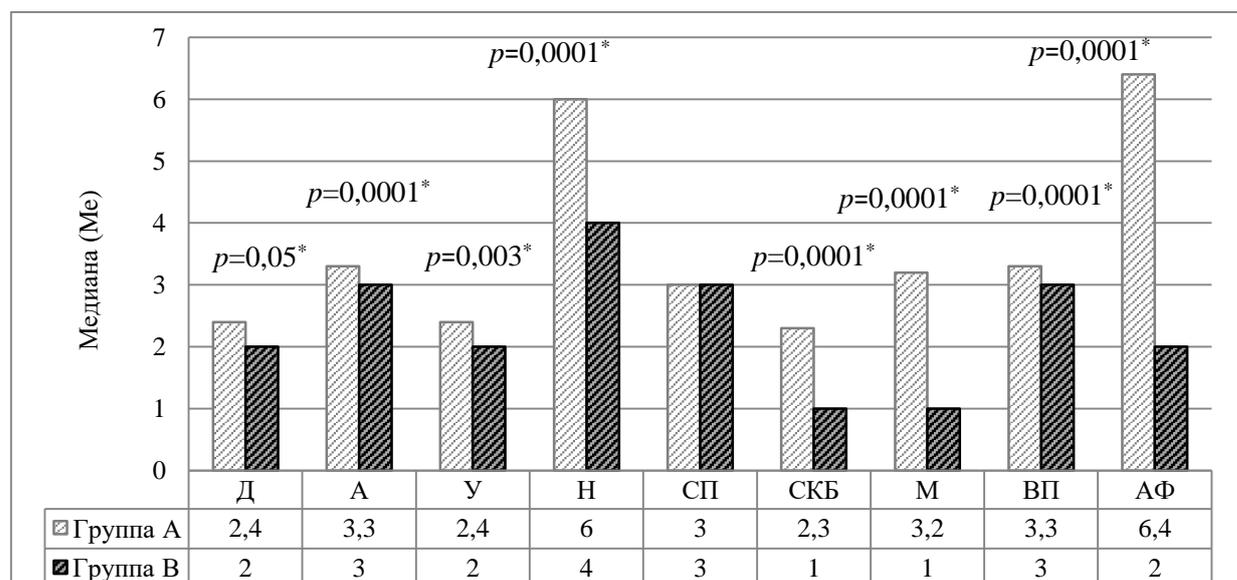
Для оценки уровня сформированности суициальных идей у пациентов из группы А был использован опросник суицидального риска (модификация Разуваевой Т.Н.). Методика включает 29 утверждений, подразумевающих два варианта ответа: «да» или «нет». Анализ результатов производится на основе 9 субшкал: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива, антисуицидальный фактор. Результаты исследования представлены в таблице 3.8.

**Таблица 3.8. Результаты оценки суицидального риска был использован опросник суицидального риска (модификация Разуваевой Т.Н.)**

Шкала		Группа А M±SD	Группа В M±SD	p
Опросник суицидального риска (модификация Разуваевой Т.Н.)	Демонстративность	2,6±1,6	2,2±1,3	0,05*
	Аффективность	3±0,9	2,7±0,8	0,0001*
	Уникальность	2,64±1,3	2,2±1	0,003*
	Несостоятельность	5,2±0,85	3,5±0,6	0,0001*
	Социальный пессимизм	2,7±1	2,7±1	0,881
	Слом культурных барьеров	2,4±0,9	1±0,4	0,0001*
	Максимализм	4,4±1,7	1,4±0,5	0,0001*
	Временная перспектива	4±1,1	3,6±1	0,0001*
	Атисуицидальный фактор	4,3±2,5	1,37±0,7	0,0001*

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$

Графическое изображение результатов тестирования пациентов по опроснику суицидального риска представлено на рисунке 3.2.



**Рис. 3.2. Результаты оценки суицидального риска был использован опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)**

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Д – демонстративность; А – аффективность; У – уникальность; Н – несостоятельность; СП – социальный пессимизм; СКБ – слом культурных барьеров; М – максимализм; ВП – временная перспектива; АФ – атисуицидальный фактор.

Анализ результатов тестирования пациентов с ТСПС по опроснику суицидального риска позволил выявить пиковые значения по субшкалам «несостоятельность» и «антисуицидальный фактор».

Высокие значения по субшкале «несостоятельность» демонстрируют наличие подростков из основной группы отрицательной концепции собственной личности – представление о своей некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Согласно инструкции, данная субшкала может быть связана с субъективными представлениями о физической, интеллектуальной, моральной несостоятельности и интрапунитивным радикалом.

Пик по субшкале «антисуицидальный фактор» указывает на наличие сдерживающих суицидальное поведение внутриличностных механизмов – чувства ответственности за близких, чувства долга, представления о социальной неприемлемости самоубийства, его неэстетичности, боязни неизвестности.

Кроме того, в группе А было выявлено относительное превышение показателей по субшкалам «демонстративность», «аффективность», «уникальность», «слом культурных барьеров», «максимализм», «временная перспектива». Эти данные указывают на то, что пациенты испытывали трудности интеллектуального контроля над эмоциями, ощущали свою несдержанность, повышенную ранимость и импульсивность. Конфликтные ситуации и неудачи воспринимались ими гипертрофировано. Для них были характерны фиксация на неудачах и трудности компенсации негативных эмоций. Пациенты испытывали ощущение невозможности конструктивного планирования будущего. При этом собственные переживания воспринимались ими как нечто небывалое, подразумевающее столь же исключительные варианты разрешения возникающих проблем, в том числе – суицид. В поиске культурных нормативов, оправдывающих самоубийство или даже делающих его привлекательным, они заимствовали суицидальные

модели поведения из литературы, кино и виртуальной реальности. Суицидальные фантазии в субъективной картине болезни представляли собой способ установления контроля над собственным эмоциональным состоянием, поведением и социальными условиями.

Следует отметить, что у пациентов из группы В влечение к аутодеструктивному поведению – алкоголизации, наркотизации, самоповреждению и суициду – имело более явный, чем у подростков с ТСПС, сверхценный характер. Эти пациенты были значительно более фиксированы на фантазиях, связанных со смертью. В общении с окружающими они активно высказывали идеи о бессмысленности существования, которые аргументировали крайне поверхностно («Ну а какой смысл жить?»). В 14,8% ( $n=9$ ) случаев регистрировались сверхценные увлечения, отражающие современные культурные тенденции: увлеченность психическими расстройствами, защитой животных или политикой. Сверхценные дифсморфобические и сенесто-ипохондрические идеи наблюдались у 27,8% ( $n=17$ ) участников группы В. Эти переживания по своим проявлениям и условиям возникновения были схожи с ТСПС у пациентов из группы А и рассматривались нами как эквивалентные психопатологические проявления.

*Обманы восприятия* в виде транзиторных, возникающих чаще в вечернее время иллюзий, оазмов, гипногагических, гипнопомпических, функциональных галлюцинаций, отрывочных вербальных, тактильных, и визуальных псевдогаллюцинаций, ощущения «незримого присутствия» наблюдались у 41,7% ( $n=25$ ) участников в группе А и у 57,4% ( $n=35$ ) – в группе В ( $p=0,084$ ). Они возникали на фоне ровного настроения, не подвергались бредовому толкованию со стороны пациентов и не сопровождались изменением поведения. Характерным было полное осознание подростками с ШР нереальности галлюцинаторных образов при минимальном их отчуждении. Так, пациенты из группы А не сообщали

близким о периодическом возникновении обманов восприятия, не просили о помощи и не пытались избавиться от них каким-либо образом. Более того, во время беседы с врачом, подростки с ШР сообщали о данных переживаниях только при направленном расспросе.

*Диссоциативные переживания* в виде чувства «расщепления личности» («внутреннего раздвоения») были описано у 15% ( $n=9$ ) пациентов в группе А и у 19,7% ( $n=12$ ) – в группе В ( $p=0,497$ ). Подростки активно сообщали о наличии у них «темной половины», подталкивающей их к агрессивным действиям, самоповреждению, суициду и т.п. При этом пациенты не выражали бредовых идей воздействия (одержимости, овладения), не испытывали императивных псевдогаллюцинаций. Свои переживания они описывали как непостоянное, но выраженное влечение к совершению резко противоречащих их морально-этическим ценностям поступков, сопровождаемое обычно мучительным ощущением беспорядочности мыслительного процесса, бесконтрольным «наплывом» разрозненных мыслей. Об этих переживаниях пациенты с ШР сообщали самостоятельно.

В ходе проведения экспериментально-психологического исследования при помощи методик «4-й лишний», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Сложные аналогии», «Пиктограммы» структурные нарушения мышления, характерные для больных расстройствами шизофренического спектра, были выявлены у всех пациентов из группы А. Однако выраженность этих нарушений была различной. У 28,3% ( $n=17$ ) подростков выявлялись достаточно явные и равномерно выраженные во всех методиках нарушения структуры мышления в виде искажения процесса обобщения по типу актуализации латентных признаков, снижения доступности понимания логических связей, а также расстройства целенаправленности мышления по типу разноплановости и амбивалентности. У 71,7% ( $n=43$ ) пациентов обнаруживались единичные искажения операциональной сферы мышления. При этом в тестах, предполагающих четкие границы действий испытуемого

(например, в методике «4-й лишний») пациенты, как правило, совершали минимальное количество ошибок. Методики с открытой инструкцией позволяли выявить случаи опоры на слабые критерии в ходе концептуализации предметов с обобщением в одно семантическое поле не подлежащие сравнению стимулов («Сравнение понятий»), снижение доступности понимания логических отношений («Простые аналогии», «Сложные аналогии», «Пиктограммы»).

В группе В наблюдалась схожая картина: явные структурные нарушения мышления обнаруживались при психологическом исследовании у 34,4% ( $n=21$ ), отдельные его элементы – у 65,6% ( $n=40$ ) подростков ( $p=0,471$ ).

Сопутствующая психопатология, наблюдаемая у пациентов с ТС, имела иную структуру и происхождение. Согласно ретроспективным отчетам пациентов из группы С, в подростковом возрасте они демонстрировали адекватные внешним условиям и соответствующие личностному складу эмоциональные реакции. Эти реакции были психологически понятны и обнаруживали очевидную ситуационную зависимость. Регистрируемые у них в анамнезе депрессивные состояния (29,5%,  $n=13$ ) имели типичную структуру и были обусловлены фрустрацией потребности в гармонизации самоощущения, внешнего облика и половой роли. Недовольство внешностью и желание ее трансформации выражали все лица с ТС (100%,  $n=44$ ). Эти переживания также имели прямую связь с диссонансом между половой принадлежностью и самовосприятием пациентов. Никто из участников группы С не описывал гипоманий ( $n=0$ ). Вероятность регистрации суицидальных идей у пациентов с ТС в подростковом возрасте был в 16,9 раз ниже, чем у пациентов с ТСПС (22,7%,  $n=10$ ) ( $p=0,0001$ , ОШ=0,059 ДИ 95% [0,022;0,157]). Мысли о самоубийстве были кратковременными, возникали на высоте депрессивных реакций, выраженность которых была адекватна характеру психогений и личностным особенностям пациентов.

Также лица с ТС сообщали о нанесении самоповреждений в подростковом возрасте сообщали существенно реже пациентов с ТСПС – в 4,5% ( $n=2$ ) случаев ( $p=0,0001$ ). Таким образом, шанс выявления влечения к самоповреждению у них был 52 раза ниже, чем в группе А (4,5%,  $n=2$ ) ( $p=0,0001$ , ОШ=0,019 ДИ 95% [0,004;0,087]).

Алкоголизация была выявлена в анамнезе у 9,1% ( $n=4$ ) пациентов из группы С ( $p=0,297$ ). С употреблением наркотических веществ признали 2,3% ( $n=1$ ) участников ( $p=0,301$ ).

Явления дереализации и деперсонализации, аутохтонно возникающие навязчивые мысли, гомоцидные и зооцидные влечения, фантазии о brutальных способах самоубийства, психотические и диссоциативные переживания, а также структурные нарушения мышления у пациентов с ТС не выявлялись.

### **3.3. Факторы, обуславливающие неоднородность клинической картины транссексуалоподобных состояний**

Анализируя клиническую картину ТСПС у подростков с ШР, представляется возможным выделить ряд факторов, обуславливающих ее полиморфность. К этим факторам относятся: 1) субъективное представление пациентов о расстройствах половой идентификации и показаниях к изменению пола; 2) психопатологическая основа ТСПС; 3) пол пациентов; 4) аффективный фон.

#### *3.3.1. Особенности клинической картины транссексуалоподобных состояний в зависимости от субъективного представления пациентов о расстройствах половой идентификации и показаниях к изменению пола*

О регулярном потреблении информации, посвященной теме «трансгендерности», сообщили все пациенты с ТСПС (100%,  $n=60$ ). При этом основным источником получения сведений о расстройствах половой

идентификации – их проявлениях, вариантах, сопутствующих медицинских и социальных проблемах, а также способах их преодоления – были непрофессиональные интернет-ресурсы (форумы, блоги, web-каналы, сообщества в социальных сетях и т.п.) (96,7%,  $n=58$ ). Разнообразие и противоречивый характер получаемой таким образом информации определяли неоднородность и парадоксальность проявлений ТСПС у пациентов. Одни подростки, стремясь соответствовать клинической картине ТС, заявляли о возникновении недовольства полом с раннего детства, другие – на основании имевшейся у них информации настаивали на «осознании» психического несоответствия своему полу в подростковом возрасте. Аналогичным образом, одни подростки скрывали наличие гетеросексуальных влечений и контактов, мастурбации, примеры добровольного соблюдения половой роли (например, при посещении общественных туалетов, раздевалок, занятий в танцевальных кружках и спортивных секциях, участии в праздновании Дня защитника отечества, Международного женского дня, Дня Святого Валентина и т.п.), другие – не считали это целесообразным, так как это не противоречило их представлению о ТС. В процессе психообразовательной беседы или при указании на противоречия в излагаемых жалобах и анамнестических данных пациенты выражали удивление, сообщая, что «читали другое».

### *3.3.2. Особенности клинической картины транссексуалоподобных состояний в зависимости от психопатологического психопатологического содержания*

Клиническая картина ШР у подростков с ТСПС, характеризующаяся сверхценными образованиями, атипичными и полиморфными аффективными расстройствами, патологически измененными пубертатными кризовыми проявлениями, неврозоподобными и психопатоподобными нарушениями, патологией влечений и отрывочными психотическими феноменами,

соответствовала описанию юношеской малопрогрессирующей шизофрении, протекающей в виде затяжного атипичного пубертатного приступа, также известной как гебодная шизофрения или гебоидофрения (Сухарева Г.Е., 1961; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Цуцельковская М.Я., 1999 (1)). Согласно классическим описаниям этого расстройства, его социальное значение состоит в тесной связи его проявлений с участием подростков в неформальных молодежных движениях, криминальными поступками и наркопотреблением в составе молодежных групп (Пантелеева Г.П. и соавт., 1986).

Среди затяжных атипичных пубертатных приступов М.Я. Цуцельковская (1999 (1)) выделяла следующие клинические варианты: гебоидный приступ, приступ с явлениями «метафизической интоксикации», с дисморфофобическими и психастеноподобными расстройствами. В соответствии с этим, нами были выделены 3 клинических варианта ТСПС. Данные представлены в таблице 3.9.

**Таблица 3.9. Клинические варианты транссексуалоподобных состояний у подростков с шизотипическим расстройством в зависимости от психопатологического содержания**

		I тип n (%)	II тип n (%)	III тип n (%)	<i>p</i>	<i>V</i>
Нарушения поведения		12 (54,5)	5 (65,2)	1 (6,7)	0,001*	0,42
Аддиктивное поведение	Явное	8 (36,4)	5 (21,7)	2 (13,3)	0,026*	0,39
	Скрытое	6 (27,3)	1 (4,3)	6 (40)		
Отношение пациента к членам семьи	Теплое	2 (9,1)	1 (4,3)	2 (13,3)	0,001*	0,55
	Формальное	5 (22,7)	3 (13)	10 (66,7)		
	Холодное	11 (50)	6 (26,1)	2 (13,3)		
	Враждебное	4 (18,2)	13 (56,6)	1 (6,7)		

Сомнения в своей полоролевой принадлежности		15 (68,2)	2 (8,7)	3 (20)	0,0001*	0,495
Половая самоидентификация	Нормативная	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,017*	0,48
	Инверсная	2 (9,1)	4 (17,4)	6 (40)		
	Трансгендер	11 (50)	18 (78,3)	7 (46,7)		
	Транссексуал	0 (0)	1 (4,3)	0 (0)		
	Человек без пола	5 (22,7)	0 (0)	1 (6,7)		
	Другой	4 (18,2)	0 (0)	1 (6,7)		
Реакция на обращение по имени	Нейтральная	13 (59,1)	8 (34,8)	12 (80)	0,021*	0,33
	Негативная	9 (40,9)	15 (65,2)	3 (20)		
Отвержение собственных гениталий		4 (18,2)	15 (65,2)	6 (40)	0,006*	0,38

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$ -Пирсона

ТСПС I типа возникали в структуре инициального этапа атипичного затяжного пубертатного приступа или в структуре психастеноподобного приступа (36,7%,  $n=22$ ).

Приступ с психастеноподобными расстройствами характеризуется появлением несвойственной ранее нерешительности и неуверенности в своих действиях и поступках, трудностей коммуникации, обостренной рефлексией, чувством измененности своей личности и отстранения от реальности. Характерны деперсонализация, идеи отношения, нарушения мышления процессуального типа, возникновение биполярных аффективных расстройств (Цуцельковская М.Я., 1999 (1)).

Пациенты с ТСПС I объясняли имеющиеся у них эмоциональные проблемы и трудности коммуникации «гендерной дисфорией» и выражали надежду на то, что мероприятия по изменению пола позволят им полностью или в значительной мере преодолеть психо-социальный дистресс. Мысли о необходимости изменения пола возникали у них непроизвольно, усиливаясь и ослабевая на фоне колебаний аффекта, имели как эгодистоничный, так и

эгосинтоничный характер. При этом пациенты сохраняли частичную критику к трансролевым переживаниям, не скрывали сомнений в своих суждениях и демонстрировали доступность для контраргументации. Они наиболее часто определяли себя в качестве «людей без пола» или соответственно не предусмотренным дизайном исследования вариантам позиционирования. Негативное отношение к гениталиям среди них наблюдалось особенно редко. К членам семьи они относились холодно, были отстранены. Проявление враждебности к близким было для этой группы пациентов наименее характерным. При этом подростки с ТСПС I типа проявляли наиболее высокую склонность к аддиктивному поведению.

ТСПС II типа возникали в структуре приступа с явлениями «метафизической интоксикации» (20%,  $n=12$ ) или гебоидного приступа (5%,  $n=3$ ).

Приступ с явлениями «метафизической интоксикации» характеризуется доминированием в психической жизни пациента абстрактных, часто окрашенных негативными эмоциональными переживаниями размышлений о смысле собственного и, в целом, человеческого существования, об общественном устройстве, перспективах его развития и своем месте в социальной среде. Нормативные для юношеского возраста кризис идентичности и экзистенциальный поиск у подростков с малопрогрессирующей шизофренией реализуются в форме аффективно заряженной и односторонней интеллектуальной деятельности, приводящей к дезадаптации. Для таких пациентов характерны низкая продуктивность интеллектуальной деятельности, отсутствие связи между преморбидными чертами личности и новыми «увлечениями», сочетание «метафизической интоксикации» с когнитивными и обсессивно-фобическими расстройствами, сенестопатиями, явлениями деперсонализации и аутизации, отдельными гипногическими галлюцинациями и галлюцинациями воображения (Цуцельковская М.Я., 1999 (1)).

Гебоидный приступ характеризуется патологической гипертрофией и утрированным искажением психологических пубертатных черт с преобладанием эмоционально-волевых нарушений, в том числе – растормаживанием влечений, приводящих к совершению противоречащих общепринятым нормам поступкам и социальной дезадаптации. От нормативных проявлений пубертатного криза данное расстройство отличают гротескно-вычурное поведение, резко выраженная оппозиционность, нивелировка аффективных проявлений, «утрата духовного резонанса», реагирование по типу «стекло и дерево», особая циничность, грубость, брутальность реакций, аутохтонная смена настроения, биполярный характер аффективных реакций, отсутствие связи с внешними влияниями, высокий удельный вес процессуальных расстройств мышления (Цуцуйковская М.Я., 1999 (1)).

Пациентами с ТСПС II типа были свойственны следующие черты: узкая концентрация интересов на теме «трансгендерности» и LGBTQ; аффективная насыщенность трансролевых переживаний; явное заимствование популярных идей и чужих взглядов; поверхностность суждений и планов на будущее; непереносимость контраргументов и низкая доступность психообразованию; иррациональное искажение анамнестических сведений. Пациенты с приступами с «метафизической интоксикацией» активно и самостоятельно искали, и потребляли информацию о «трансгендерности» в доступных источниках. Группирование среди лиц, позиционирующих себя в качестве «трансгендеров», имело вид общения в виртуальных сообществах или в компании единственного сверстника, идентифицирующего себя вне своего пола. Подростки с гебидными приступами группировались в более крупных компаниях лиц, позиционирующих себя как «трансгендеры», в реальной жизни. Они не проявляли высокой активности в изучении соответствующей информации. Свои знания на эту тему они получали от других членов компании. Пациенты с ТСПС II типа наиболее часто позиционировали себя

инверсно по отношению к полу или в качестве «трансгендеров». На обращение по имени реагировали резко негативно. В общении с родителями они обнаруживали подчеркнутую холодность и враждебность. Эти подростки активно выражали недовольство собственными гениталиями, однако никак не демонстрировали этой неприязни в поведении.

ТСПС III типа возникали в структуре приступа с дисморфофобическими расстройствами (38,3%,  $n=23$ ).

Приступ с дисморфофобическими расстройствами проявляется патологическим утрированием идей собственного физического несовершенства до уровня сверхценной или бредовой дисморфофобии, атипичными биполярными аффективными расстройствами, процессуальными нарушениями мышления (Цуцельковская М.Я., 1999 (1)).

Клинические проявления ТСПС III были полиморфны, однако мотивы обращения пациентов существенно отличались от выражаемых при I и II типах. Подростки с ТСПС III типа стремились, в первую очередь, к трансформации или удалению телесных половых «маркеров». При этом значение таковых придавалось не только гениталиям и вторичным половым признакам, но и чехам лица, фигуре и т.д. Высказываемые трансролевые переживания носили сугубо атрибутивный характер и практически не находили отражения во внешности и поведении. С членами семьи они держались холодно, но, как правило, не проявляли враждебности. Критика к состоянию была крайне формальна или отсутствовала.

### *3.3.3. Особенности клинической картины транссексуалоподобных состояний в зависимости от пола пациентов*

Очевидным критерием для разделения группы А с целью исследования различий проявлений ТСПС был пол пациентов. Результаты исследования особенностей клинической картины ТСПС у подростков с ШР различного пола представлены в таблице 3.10.

**Таблица 3.10. Особенности клинической картины ШР,  
протекающего с ТСПС, в зависимости от пола пациентов**

Клинические параметры		<i>Юноши</i> n (%)	<i>Девушки</i> n (%)	<i>p</i>
Половая идентификация в речи	Соответствует полу	10 (47,6)	3 (7,7)	0,021*
	Исключительно в инверсном роде	1 (4,8)	5 (12,8)	
	Говорит о себе попеременно в гражданском и инверсном родах	2 (9,5)	8 (20,5)	
	Избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе соответственно полу	7 (33,3)	20 (51,3)	
	Избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе в инверсном роде	1 (4,8)	3 (7,7)	
Реакция на обращение по имени	Нейтральная	18 (75)	15 (41,7)	0,01*
	Негативная	6 (25)	21 (58,3)	
Реакция на обращение в роде, соответствующем полу	Нейтральная	19 (90,5)	21 (53,8)	0,004*
	Негативная	2 (9,5)	18 (46,2)	
Кросс-дрессинг	Кросс-дрессинг	0 (0)	12 (30,7)	0,0001*
	Стиль «унисекс»	2 (9,5)	25 (64,1)	
	Отдельные элементы	3 (14,3)	1 (2,6)	
	Другое	1 (4,8)	0 (0)	
Мастурбация		12 (57,1)	5 (12,8)	0,0001*
Тип мастурбации	Мастурбация периода юношеской гиперсексуальности	7 (33,3)	0 (0)	0,0001*

	Персевераторно-обсессивная	7 (33,3)	5 (12,8)	
Эгодистоничные гомосексуальные фантазии		6 (28,6)	3 (7,7)	0,031*
Нарушения поведения		6 (28,6)	22 (56,4)	0,039*
Академическая успеваемость/ профессиональная адаптация	Высокая	6 (28,6)	0 (0)	0,004*
	Умеренная	4 (19)	12 (30,8)	
	Дезадаптация	11 (52,4)	27 (69,2)	

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Большинство юношей одевались в соответствии с полом (76,2%,  $n=16$ ). Никто из них не прибегал к полному кросс-дрессингу. Ни один из юношей не подтвердил ношение женского нижнего белья. В 80,9% ( $n=17$ ) случаев у пациентов отсутствовали явные полоролевые нарушения в речи. Кроме того, для подростков мужского пола характерным было сохранение полового влечения. Вероятность мастурбации у них была в 7,3 раз выше, чем у девушек (57,1%,  $n=12$ ) ( $p=0,0001$ ; ОШ=0,136; ДИ 95% [0,028;0,667]). Только юноши описывали мастурбацию периода гиперсексуальности (33,3%,  $n=7$ ). В большинстве случаев они сообщали об отсутствии полового влечения (52,4%,  $n=11$ ) или о влечение к представителям противоположного пола (33,3%,  $n=7$ ). В соответствии с этим, половая жизнь у них чаще отсутствовала (61,9%,  $n=13$ ) или была гетеросексуальной (23,8%,  $n=5$ ). Бисексуальное поведение описали 9,5% юношей ( $n=2$ ). Вступление в гомосексуальные контакты у юношей во всех случаях происходило пассивно, по инициативе партнера. Гомосексуальное влечение и гомосексуальные контакты подтвердил только один пациент (4,8%,  $n=1$ ). Вероятность предъявления жалоб на навязчивые, эгодистоничные гомосексуальные фантазии у юношей была в 4,8 раз выше в сравнении с девушками (28,6%,  $n=6$ ) (ОШ=0,208; 95% ДИ: [0,046;0,944]). Среди них оказались более распространены не предусмотренные дизайном исследования варианты полоролевого позиционирования (29,4%,  $n=5$ ).

Юноши реже проявляли агрессию в адрес близких, сохраняли упорядоченное поведение (28,6%,  $n=6$ ) ( $p=0,039$ ) и демонстрировали более высокую академическую успеваемость/профессиональную адаптацию (28,6%,  $n=6$ ) ( $p=0,004$ ).

Девушкам были свойственны более значительные отклонения от полоролевых стереотипов во внешнем виде и в поведении по сравнению с юношами. Более явным у них было стремление говорить о себе в несоответствующем полу роде или избегать родовых окончаний в беседе (92,3%,  $n=35$ ). Пациентки чаще реагировали негативно на обращение к ним по имени (61,5%,  $n=24$ ) и в женском роде (46,2%,  $n=18$ ). Девушки чаще юношей демонстрировали признаки отвергания пола во внешнем виде ( $p=0,0001$ ). Большинство из них одевались в стиле «унисекс» (64,1%,  $n=25$ ) или носили мужскую одежду (30,7%,  $n=12$ ). Только у девушек выявлялись случаи ношения нижнего белья, предназначенного для лиц противоположного пола (10,3%,  $n=4$ ). К «утягиванию» молочных желез с целью их сокрытия прибегали 71,8% ( $n=28$ ) девушек.

О своей гомосексуальности девушки заявляли в 17,9% ( $n=7$ ) случаев. Гомосексуальную половую жизнь вели 20,5% ( $n=8$ ) пациенток. Бисексуальные контакты подтвердили 7,7% ( $n=3$ ) девушек.

Только девушки в нашем исследовании позиционировали себя в качестве «агендеров» (15,4%,  $n=6$ ). Суть своих переживаний они формулировали как «нежелание быть девушкой при отсутствии стремления быть юношей».

Вероятность выявления нарушений поведения у девушек была в 3,2 раза выше, чем у юношей (56,4%,  $n=22$ ) (ОШ=3,2; 95% ДИ: [1;10.1]).

### 3.3.4. Особенности клинической картины транссексуалоподобных состояний в зависимости от аффективного фона

Как было указано в ч. 3.2., фон настроения у пациентов с ТСПС при ШР был представлен полиморфными и нестойкими аффективными образованиями, преимущественно депрессивного полюса. У 40% ( $n=24$ ) участников преобладали затяжные анестетические депрессивные состояния с явным астеническим компонентом. У 60% ( $n=36$ ) анестетические депрессии имели дисфорический оттенок. Особенности проявлений ТСПС у пациентов с различным аффективным фоном представлены в таблице 3.11.

**Таблица 3.11. Особенности проявлений ТСПС у пациентов с различным аффективным фоном**

Клинические параметры		Астенические депрессии n (%)	Дисфорические депрессии n (%)	<i>p</i>
Половая идентификация	Нормативная	0 (0)	0 (0)	0,019*
	Инверсная	9 (37,5)	3 (8,3)	
	Трансгендер	12 (50)	24 (66,7)	
	Транссексуал	1 (4,2)	0 (0)	
	Человек без пола	2 (8,3)	4 (11,1)	
	Другое	0 (0)	5 (13,9)	
Реакция на обращение по имени	Нейтральная	18 (75)	15 (41,7)	0,01*
	Негативная	6 (25)	21 (58,3)	
Реакция на обращение в роде, соответствующем полу	Нейтральная	20 (83,3)	4 (16,7)	0,025*
	Негативная	4 (16,7)	16 (44,4)	
Кросс-дрессинг	Отсутствие	6 (25)	10 (27,8)	0,0001*
	Полный кросс-дрессинг	10 (41,7)	2 (5,6)	
	Стиль «унисекс»	4 (16,6)	23 (63,8)	

	Отдельные элементы	3 (12,5)	1 (2,8)	
	Другое	1 (4,2)	0 (0)	
Прическа	Соответствует полоролевым стереотипам	3 (12,5)	12 (33,3)	0,0001*
	Частично соответствует полоролевым стереотипам	1 (4,2)	17 (47,2)	
	Стиль «унисекс»	4 (16,6)	5 (13,9)	
	Не соответствует гендерным стереотипам	16 (66,7)	2 (5,6)	
Аддиктивное поведение	Явное	1 (4,2)	14 (38,9)	0,006*
	Скрытое	8 (33,3)	5 (13,9)	
Диссоциативные переживания		0 (0)	9 (25)	0,008*
Нарушения поведения		2 (8,3)	26 (72,2)	0,0001*
Поведение во время обследования	Заинтересованность	17 (70,8)	5 (13,9)	0,001*
	Активное сотрудничество	2 (8,3)	8 (22,2)	
	Настороженность	4 (16,7)	13 (36,1)	
	Оппозиционность	0 (0)	10 (27,8)	
	Другое	1 (4,2%)	0 (0%)	
Влечение к самоповреждению		2 (8,3)	19 (52,8)	0,0001*
Эпизоды самоповреждения	Явные	0 (0)	7 (19,4)	0,009*
	Скрытые	2 (8,3)	9 (25)	
Суицидальные идеи		4 (16,7)	27 (75)	0,0001*
Брутальные суицидальные фантазии		0 (0)	18 (50)	0,0001*
Зооцидные фантазии		0 (0)	5 (13,9)	0,008*
Гомицидные фантазии		0 (0)	9 (25)	0,008*

Обманы восприятия	0 (0)	25 (64,9)	0,0001*
-------------------	-------	-----------	---------

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Для лиц с преимущественно астеническими депрессиями была характерна относительная согласованность выражаемой половой идентификации, внешнего вида, полоролевого и сексуального поведения, планов на половую трансформацию, отсутствие субпсихотической симптоматики, значимых поведенческих нарушений и выраженных ауто- и гетероагрессивных влечений. Во время проведения обследования поведение этих пациентов было упорядочено, в беседах с врачом они обычно демонстрировали заинтересованность (70,8%,  $n=17$ ) и стремление к сотрудничеству (8,3%,  $n=2$ ). Относительно часто (37,5%,  $n=9$ ) они позиционировали себя противоположно полу при полном осознании пола фактического. Также у них чаще можно было наблюдать ношение не соответствующих полоролевым стереотипам причесок (66,7%,  $n=16$ ), кросс-дрессинг (41,7%,  $n=10$ ) и стремление к полной половой трансформации (41,7%,  $n=10$ ). Самоповреждения у них регистрировались реже (8,3%,  $n=2$ ), были менее выраженными и наносились, как правило, на скрытые под одеждой участки тела.

Подростки с дисфорическими депрессиями были менее способны к убедительному искажению анамнестических данных, демонстрируя при этом не меньшую, а в ряде случаев и более выраженную ригидность установки на полоролевою трансформацию. Проявления ТСПС у них были особенно противоречивы, многовариабельны, в некоторых случаях – парадоксальны. Только у подростков с дисфориями регистрировались не предусмотренные дизайном исследования варианты полоролевого позиционирования. Они давали резко негативную реакцию на обращение по имени в 4,2 раза чаще, чем подростки с астеническими депрессиями (58,3%,  $n=16$ ) (ОШ=4,2; 95% ДИ [1,34;13]), при обращении в соответствующем полу роде – в 4 раза чаще (44,4%,  $n=16$ ) (ОШ=4; 95% ДИ [1,1;14]). Они предпочитали одежду в стиле

«унисекс» (63,8%,  $n=23$ ), что придавало их внешности скорее андогинность, чем сходство с представителями противоположного пола.

У пациентов с дисфориями более явными были поведенческие нарушения и чаще выявлялись расстройства влечений. В беседах с врачом эти подростки значительно чаще демонстрировали настороженность (36,1%,  $n=13$ ) и оппозиционность (27,8%,  $n=10$ ). Трансролевые переживания и жалобы они излагали посредством специфических для «трансгендерных сообществ» обозначений («дэднейминг», «мистгендеринг» и т.п.) или коротких, формальных фраз («просто не нравится», «бесит» и т.п.), избегая описаний. Вероятность регистрации грубой оппозиционности с вербальной и физической агрессией в адрес близких была в 28,6 раз выше, чем у подростков с астеническими депрессиями ( $p=0,0001$ ,  $V=0,62$ ; ОШ=28,6; 95% ДИ [5,65;144,64]). Открыто реализуемое вопреки сопротивлению членов семьи аддиктивное поведение в виде интернет-серфинга, алкоголизации и наркотизации было также в большей степени свойственно подросткам с дисфориями (38,9%,  $n=14$ ). Шанс выявления влечения к самоповреждению у пациентов с дисфориями был в 12,3 раза выше ( $p=0,0001$ ;  $V=0,45$ ) (ОШ=12,3; 95% ДИ [2,5;60,2]). Случаи нанесения повреждений на видимые участки тела выявлялись исключительно у пациентов с дисфориями. Вероятность регистрации суицидальных идей у этих пациентов оказалась 15 раз выше, чем у подростков с астеническими депрессиями ( $p=0,0001$ ;  $V=0,57$ ) (ОШ=15 95%ДИ [4;55,7]). Обманы восприятия, гомицидные и зооцидные влечения, выявлялись исключительно у пациентов с дисфориями.

### **Резюме**

Во всех описанных нами случаях ТСПС возникали в структуре юношеской шизофрении, протекающей в виде затяжного атипичного пубертатного приступа. В соответствии с изложенными в «Руководстве по психиатрии» под ред. А.С. Тиганова (1999) рекомендациями, эти приступы

были интерпретированы нами как «шизотипическое расстройство» (Цуцурковская М.Я., 1999 (1)). Такая однородность исследуемой выборки может быть объяснена специфическим для этой формы эндогенного заболевания возрастом обращения за медицинской помощью (Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Цуцурковская М.Я., 1999 (1)).

Тестирование по шкале SOPS позволило подтвердить клинические данные об идентичности проявлений ШР в основной и 1-й контрольной группах.

Сопоставление результатов количественной оценки деперсонализации по шкале Л.Ю. Нуллера у пациентов из групп А и В обнаружило разногласие с ранее опубликованными данными о психопатологической природе половой дисфории у больных расстройствами шизофренического спектра. Авторы предшествующих работ на эту тему едины во мнении, что в основе отвергания пола больными эндогенно-процессуальными заболеваниями лежит аутопсихическая деперсонализация (Кулиш С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012; Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021). Однако результаты проведенного нами исследования этого не подтвердили: пациенты без трансролевых переживаний продемонстрировали более высокие значения по шкале деперсонализации. Причиной несоответствия полученных результатов изложенным в научной литературе сведениям, по нашему мнению, следует считать особенность дизайна данного исследования. В более ранних публикациях группы сравнения отсутствовали или были сформированы из пациентов с ТС. Такой подход закономерным образом ограничивал возможность доказательного суждения о психопатологической принадлежности некоторых особенно сложных феноменов и об их роли в возникновении половой дисфории у больных расстройствами шизофренического спектра. Включение в исследование группы сравнения из пациентов с ШР без ТСПС позволило преодолеть это ограничение. Деперсонализация, на наш взгляд, действительно играет

ведущую роль в формировании ряда важных элементов ТСПС, таких как чувство апатии, ощущение одиночества и изоляции, мучительное переживание пациентами собственной изменённости и инакости, ведомость и внушаемость. Вместе с тем, возникновение на основе этих проявлений ТСПС происходит за счёт других факторов.

Более высокие показатели уровня депрессии по шкале HADS в 1-й контрольной группе по сравнению с основной, по нашему мнению, следует рассматривать в единстве с результатами оценки деперсонализации, так как во всех наблюдаемых нами случаях депрессии имели более или менее выраженный анестетический оттенок. Кроме того, результаты тестирования по шкале HADS указывают на значительную роль аффективных нарушений в клинической картине заболевания у исследуемой группы подростков, что согласуется с клинической интерпретацией основного психического расстройства как атипичного затяжного пубертатного приступа.

Расхождение клинической и психометрической оценок продемонстрировали результаты обследования пациентов по шкале Y-BOCS. Отрицая наличие obsessions в беседе, подростки с ТСПС откровенно описывали их в процессе тестирования. Это противоречие, по нашему мнению, отражает двойственность мотивов пациентов при обращении к психиатру: с одной стороны, пациенты активно выражали стремление с половой трансформацией, с другой – это стремление, как и предшествующее изменение среды группирования, внешности и поведения, было вторично по отношению к длительно испытываемому подростками с ШР психическому дискомфорту, в основе которого лежали obsessions контрастного, депрессивного, дисморфофобического, гетеро- и аутоагрессивного содержания, мучительная рефлексия с анестетическим оттенком, бесплодным самоанализом и самообвинениями.

Результаты тестирования по опроснику суицидального риска указывают на наличие у пациентов с ТСПС мировоззренческих установок,

препятствующих реализации ими суицидальных влечений, что объясняет кинические данные о меньшей подверженности подростков из группы А суицидальному поведению.

Идея о несоответствии своему полу у подростков с ШР из группы А существенно отличалась от РПИ у пациентов с ТС и характеризовалась следующими чертами: возникновение в подростковом возрасте; оторванность от реальности; аффективная насыщенность; заимствованный характер фабулы; противоречивость и поверхность изложения.

Это позволяет соотносить ТСПС с описанным в структуре подростковой малопрогрессирующей шизофренией сложным психопатологическим феноменом, смежным с аффективными нарушениями, расстройствами мышления и влечений, интерпретируемым различными исследователями как сверхценные образования/увлечения, бредоподобные фантазии, метафизическая интоксикация, патологически заостренные или искаженные пубертатные реакции имитации и группирования (Ковалев В.В., 1985; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Личко А.Е., 1989; Цуцельковская М.Я., 1999 (1)).

Клинические проявления ТСПС при ШР у подростков были разнообразны. Общие проявления исходили из того, что ТСПС возникали в результате имитации внешнего облика и поведения ее лиц, позиционирующих себя в качестве «трансгендеров». К таким проявлениям относятся следующие: идентификация себя вне соответствия полу; стремление к соблюдению не соответствующей полу роли при социальной самопрезентации; стремление к трансформации внешности посредством изменения стиля одежды и прически, приема половых гормонов.

Полиморфность появлений ТСПС у подростков с ШР была обусловлена индивидуальными представлениями пациентов о расстройствах половой идентификации; психопатологическим содержанием трансролевых переживаний; полом пациентов; фоном настроения. По причине отсутствия предшествующих аналогичных работ и, в целом, дефицита литературных

сведений о расстройствах половой идентификации при ШР дизайн исследования не обладал достаточной точностью для получения данных, которые могли быть использованы для проведения факторного анализа. Этот аспект является перспективным направлением дальнейшего изучения проблемы.

Описание полоролевого и сексуального поведения пациентов с ТСПС при ШР и лиц с ТС позволило выявить ряд диагностически значимых различий.

1) Расстройство половой идентификации у пациентов с ШР проявлялось в подростковом возрасте, при ТС – уже в детском.

2) У пациентов с ШР психопатологические нарушения были представлены широким спектром расстройств, возникающих аутохтонно и первично по отношению к трансролевым. У этих пациентов, кроме иррационального и сверхценного стремления к перемене пола и недовольства своим телом, выявлялись атипичные депрессивные и гипоманиакальные состояния, депрсонализация и дереализация, обсессии, расстройства влечений, структурные нарушения мышления, а также – субсихотические переживания и диссоциативные феномены. Для лиц с ТС были характерны депрессивные расстройства, имеющие очевидную связь со специфическими внутриличностными и межперсональными конфликтами.

3) Пациенты с ШР предъявляли разнообразные варианты половой идентификации. При изложении своих трансролевых переживаний они демонстрировали противоречивость суждений и стремление к использованию заимствованных из лексикона сторонников LGBTQ-движения обозначений, «гендерной терминологии» вместо описаний. Лица с ТС позиционировали себя исключительно инверсно по отношению к полу и ярко транслировали свою идентификацию в поведении. В ответ на просьбу объяснить свои переживания лица с ТС давали развернутые, сугубо

индивидуальные, наполненные субъективно значимыми деталями и примерами описания.

4) Для подростков ШР, в отличие от пациентов с ТС, не были характерны группирование исключительно или преимущественно среди лиц противоположного пола, а также увлечения, традиционно свойственных лицам противоположного пола.

5) У пациентов с ШР в большинстве случаев половое влечение отсутствовало. Также влечение могло быть как гомосексуальным, так и бигеомосексуальным. Пациенты с ТС обнаруживали исключительно гомосексуальную ориентацию.

6) Подростки с ШР, стремясь к соответствию сложившемуся у них представлению о лицах с ТС, демонстрировали склонность к иррациональному искажению анамнестических данных, обнаруживая резко выраженные противоречия между субъективными и объективными анамнестическими сведениями. Для лиц с ТС такое поведение не было характерным. Родители пациентов с ТС значительно чаще родителей подростков с ШР выражали поддержку их стремлению к перемене пола.

## **ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ (ДИНАМИКА)**

Клинико-динамическое описание ТСПС было составлено на основании полученных со слов пациентов данных (субъективного анамнеза), изложенных членами ближайшего окружения подростков сведений (объективного анамнеза), а также результатов исследования объективных материальных свидетельств – фотографий, видеоматериалов, записей в дневниках, социальных сетях и т.п.

### **4.1. Преморбидный период**

Для описания преморбидного периода были использованы сведения о наследственной отягощенности психическими и поведенческими нарушениями, влиянии неблагоприятных антенатальных, перинатальных и интранатальных факторов, раннем развитии, свойственных до начала болезни характерологических качествах, микросоциальных условиях формирования личности и сексуальности, полоролевой идентификации и ее поведенческих проявлениях.

#### **4.1.1. Наследственность**

Результаты изучения генеалогического анамнеза участников исследования продемонстрировали статистически значимые различия между больными ШР и лицами с ТС. Было установлено, что пациенты с эндогенно-процессуальными заболеваниями имели более выраженную наследственную отягощенность психическими расстройствами, в первую очередь за счет случаев шизофрении среди родственников. Полученные сведения согласуются с данными научной литературы, указывающими на наличие общих этио-патогенетических звеньев у ШР и шизофрении (Torgersen S. et al., 1985; Смулевич А.Б., 1987; Siever L.J. et al., 1990; Battaglia M. et al., 1995;

Chemerinski E. et al., 2012), а также демонстрируют отсутствие генетической связи между шизофренией и ТС.

Результаты изучения структуры наследственной отягощенности объектов исследования приведены в таблице 4.1.

**Таблица 4.1. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями и поведенческими нарушениями**

Наследственная отягощенность	Группа А		Группа В		Группа С		p	
	муж. n (%)	жен. n (%)	муж. n (%)	жен. n (%)	муж. n (%)	жен. n (%)	муж.	жен.
							АВ АС	АВ АС
Шизофрения	10 (16,7)	7 (11,7)	9 (14,8)	1 (1,6)	0 (0)	0 (0)	0,7 0,005*	0,03* 0,02*
Химическая зависимость	18 (30)	16 (26,6)	21 (34,4)	18 (29,5)	7 (15,9)	4 (9,1)	0,2 1	1 0,005*
Нехимическая зависимость	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	2 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0,3 0,4	0,15 1
Аффективные расстройства	2 (3,3)	0 (0)	2 (3,3)	8 (13,1)	0 (0)	0 (0)	0,98 0,2	0,004* 1
Суицидальное поведение	9 (20)	1 (1,7)	8 (13,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,2 1	0,28 0,09
Криминальное поведение	1 (1,7)	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,3 0,4	0,3 0,39

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

В семейном анамнезе участников групп А и В была выявлена существенно более высокая, чем в группе С, встречаемость аффективных расстройств, зависимого и суицидального поведения.

Наличие психических расстройств по линии отца было установлено у 46,6% ( $n=28$ ) пациентов в группе А и у 42,6% ( $n=26$ ) в группе В ( $p=0,013$ ), по линии матери – у 31,7% ( $n=19$ ) и 42,6% ( $n=26$ ) соответственно ( $p=0,06$ ). В группе С наследственная отягощенность по линии отца составила 15,9% ( $n=7$ ;  $p=0,004$ ), по линии матери – 20,5% ( $n=9$ ;  $p=0,05$ ).

В нашем исследовании у пациентов с ТСПС по сравнению с участниками контрольных групп чаще выявлялась отягощенность наследственности шизофренией по материнской линии. Также обращает на себя внимание статистически значимое превалирование случаев

аффективных расстройств в генеалогическом анамнезе по материнской линии у пациентов с ШР без полоролевых нарушений. Однако ввиду невозможности доказательной трактовки этих результатов в условиях имеющегося объема данных, они не рассматривались нами в качестве оснований для выводов о механизмах развития ТСПС у подростков с ШР.

#### 4.1.2. Особенности течения беременности, родов и раннего развития

Статистический анализ не выявил значимых различий между исследуемыми группами. Результаты представлены в таблице 4.2.

**Таблица 4.2. Течение беременности и родов**

Клинические параметры		Группа А n (%)	Группа В n (%)	Группа С n (%)	pAB	pAC
Патология беременности	первый триместр	10 (16,7)	16 (26,2)	14 (31,8)	0,2	0,07
	второй триместр	11 (18,3)	12 (19,7)	13 (29,5)	0,85	0,18
	третий триместр	8 (13,3)	7 (11,5)	11 (25)	0,7	0,13
Патология родов		16 (26,7)	21 (34,4)	8 (18,2)	0,3	0,3
Родовая травма		2 (3,3)	1 (1,6)	0 (0)	0,55	0,2

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Патология беременности, проявлявшаяся умеренно выраженным гестозом и гипертонусом матки, была зафиксирована у 18,3% ( $n=11$ ) обследованных в группе А. Патология родов – чаще в виде слабости родовой деятельности и длительного безводного промежутка – встречалась у 26,7% ( $n=16$ ) подростков с ТСПС. О полученной при рождении травме головного мозга сообщилось в объективном анамнезе 3,3% ( $n=2$ ) пациентов.

В раннем психофизическом развитии у подростков с ТСПС статистически значимых отклонений зафиксировано не было. У 28,3% ( $n=17$ ) участников группы А в детском возрасте выявлялись признаки невропатии – повышенная нервная возбудимость, энурез, инсомнии (трудности засыпания, частые пробуждения), сомнилонгвия. В большинстве случаев эти проявления имели слабую или умеренную выраженность и полностью редуцировались в дошкольном возрасте. У двух юношей мы наблюдали сохранение энуреза до 7-8 лет. Четыре девушки описали возобновление сомнилонгвии после дебюта

заболевания, одна из них сообщила об эпизодах каталепсии пробуждения. Статистически значимых отличий частоты встречаемости невропатии в анамнезе у пациентов из различных групп выявлены не были: в группе В указанные проявления наблюдались у 42,6% ( $n=26$ ) участников ( $p=0,1$ ), в группе С – у 13,6% ( $n=6$ ;  $p=0,07$ ). Данное обстоятельство, в совокупности со схожими особенностями течения беременности и родов у всех участников исследования, позволяет предположить, что невропатия у пациентов с ТСПС стала результатом органического поражения головного мозга, возникшего под влиянием неблагоприятных перинатальных и интранатальных факторов. Это, в свою очередь, важно учитывать при планировании терапевтических мероприятий, особенно в отношении подростков.

#### 4.1.3. Личностные особенности

Результаты ретроспективной клинической оценки типа акцентуации характера участников исследования продемонстрировали значимые отличия подростков с ТСПС от пациентов из контрольных групп. Изучение личностного склада производилось нами в соответствии с типологией, предложенной А.Е. Личко (1983). Согласно данной классификации, предлагается выделять 11 вариантов личностной конституции (гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный), а также смешанные формы. Результаты представлены в таблице 4.3.

**Таблица 4.3. Типы акцентуации характера по А.Е. Личко (1983)**

Тип акцентуации характера	Группа А n (%)	Группа В n (%)	Группа С n (%)	$p_{AB}$
				$p_{AC}$
Сенситивный	18 (30)	5 (8,2)	0 (0)	$0,01^*$ $0,01^*$
Шизоидный	0 (0)	4 (6,6)	0 (0)	
Эпилептоидный	0 (0)	1 (1,6)	12 (27,3)	
Истероидный	0 (0)	21 (34,4)	1 (2,3)	
Психастенический	1 (1,7)	0 (0)	2 (4,5)	

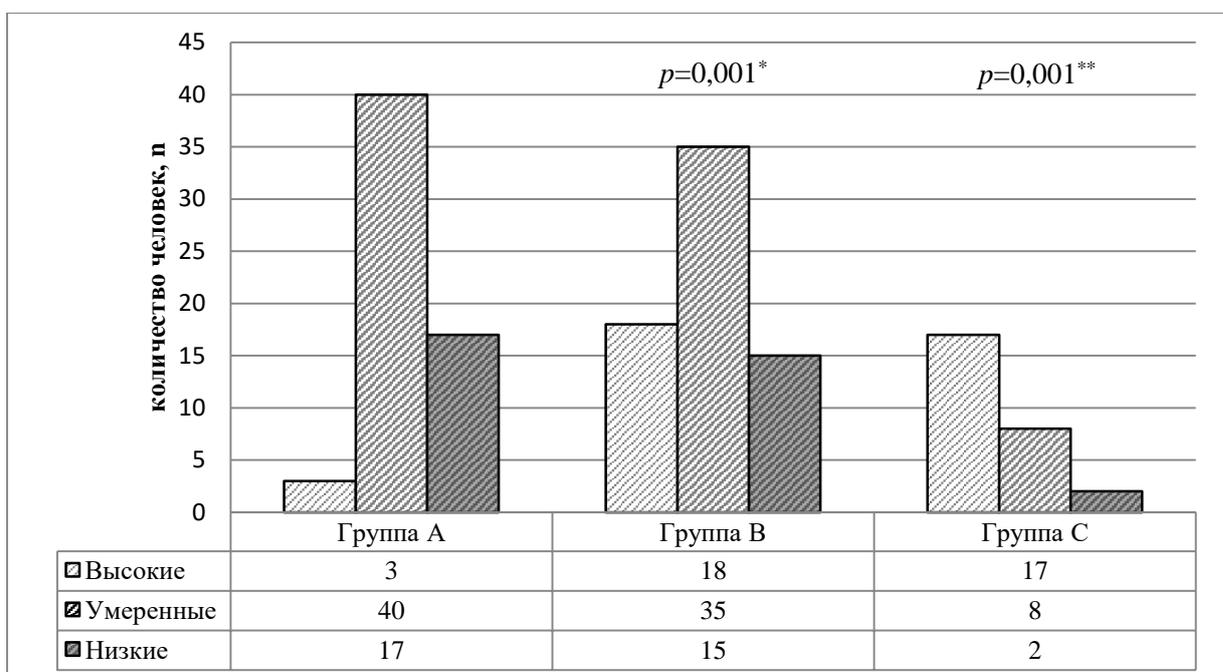
Сенситивно-шизоидный	7 (11,6)	0 (0)	0 (0)
Синситивно-истероидный	34 (56,7)	22 (36,1)	3 (6,8)
Истеро-эпилептоидный	0 (0)	5 (8,2)	5 (11,4)
Шизо-эпилептоидный	0 (0)	3 (4,9)	0 (0)
Гипертимный	0 (0)	0 (0)	14 (31,8)
Гармоничная личность	0 (0)	0 (0)	7 (15,9)

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Среди подростков с ТСПС преобладали лица с сенситивными чертами характера (98,3%;  $n=59$ ): синситивно-истероидная акцентуация была выявлена у 56,7% ( $n=34$ ) участников группы А, сенситивная – у 30% ( $n=18$ ), сенситивно-шизоидная – у 11,6% ( $n=7$ ). С детского возраста им были свойственны впечатлительность, ранимость, тревожность, высокие моральные требования к себе, склонность к рефлексии. Они сторонились активных, шумных и агрессивных сверстников, избегали конфликтов и потенциально опасных видов деятельности. Были ласковы и послушны в отношениях с родителями.

В группах В и С наблюдалось значительно большее разнообразие вариантов личностного склада. При том среди пациентов с ТС, в отличие от групп с ШР, были широко представлены эпилептоидный и гипертимный типы акцентуации. У 15,9% ( $n=7$ ) пациентов с ТС не удалось установить тип акцентуации ввиду гармоничности черт характера, что, вероятно, связано с более старшим возрастом участников группы С по сравнению с пациентами из групп А и В, а также с отсутствием у них сопутствующей психопатологии.

Установленные различия личностного склада закономерно обуславливали неодинаковую способность к коммуникации у участников исследования. Результаты представлены на рисунке 4.1.



**Рис. 4.1. Коммуникативные способности пациентов**

Примечание: согласно критерию  $\chi^2$ -Пирсона различия статистически значимы между группами А и В ( $p \leq 0,05$ ), \*\* различия статистически значимы между группами А и С ( $p \leq 0,05$ )

Наиболее ярко склонность к трудностям при общении преморбидно демонстрировали пациенты с ТСПС: лишь 5% ( $n=3$ ) из них обнаруживали высокие коммуникативные способности, 66,7% ( $n=40$ ) – умеренные, 28,3% ( $n=17$ ) – низкие. Трудности неформального взаимодействия с окружающими у участников группы А были обусловлены свойственными им стеснительностью, обидчивостью, страхом быть отвергнутыми, неумением доминировать и быть душой компании, неприязнью к авантюрам, склонностью к избеганию конфликтов. Большим компаниям приятелей они предпочитали узкий, включающий обычно 1-2 близких друзей, круг общения, в котором значительно раскрепощались. Схожим образом эти дети коммуницировали и со взрослыми: проявляли застенчивость в присутствии посторонних, но были открыты среди членов семьи.

В группе В высокие способности к коммуникации демонстрировали 29,5% ( $n=18$ ), умеренные – 57,4% ( $n=35$ ), низкие – 13,1% ( $n=8$ ;  $p=0,001$ ). В

группе С: высокие – 61,4% ( $n=27$ ), умеренные – 34,1% ( $n=15$ ), низкие – 4,5% ( $n=2$ ;  $p=0,001$ ).

Объектами вербальной агрессии в детском коллективе становились 6,7% участников основной группы ( $n=4$ ), вербальной и физической – 11,7% ( $n=7$ ). В группе В 3,3% ( $n=2$ ) сообщили о проявлениях в их адрес вербальной агрессии ( $p=0,014$ ). Среди участников группы С 9,1% ( $n=4$ ) подтвердили, что становились объектами вербальной агрессии, 47,7% (во всех случаях это были женщины) сообщили, что участвовали в конфликтах наравне с мальчиками, в том числе нередко инициировали их ( $n=21$ ;  $p<0.001$ ).

Основываясь на субъективной оценке качества межличностных отношений с окружающими сверстниками, пациенты из группы А оценивали свою адаптацию в детском коллективе как высокую в 80% случаев ( $n=48$ ), как умеренную – 20% ( $n=12$ ).

В группе В о высокой адаптации сообщили 96,7% участников ( $n=59$ ), об умеренной – 3,3% ( $n=2$ ;  $p=0,005$ ). В группе С аналогичные показатели составляли 31,8% ( $n=14$ ) и 68,2% ( $n=30$ ) соответственно ( $p=0,001$ ).

Ни один из участников исследования не подтвердил влечение к самоповреждению, эпизоды аутодеструкции, суицидальные идеи и попытки в препубертате. Данные сведения были подтверждены объективным анамнезом.

#### **4.1.4. Особенности воспитания**

Статистически значимых отличий параметров, характеризующих условия микросоциальной среды, между группами А и В не было выявлено. В группе С были установлены различия в структуре семьи, в характере отношений между родителями с более частой встречаемостью дружеских отношений. Результаты приведены в таблице 4.4.

**Таблица 4.4. Особенности воспитания**

Параметры, описывающие характер и условия воспитания		Группа А n (%)	Группа В n (%)	Группа С n (%)	$p_{AB}$	$p_{AC}$
Культурные характеристики семьи	Светская	54 (90)	55 (90,2)	37 (84,1)	0,58	0,35
	Традиционная/Религиозная	5 (8,3)	6 (9,8)	7 (15,9)		
	Другое (детский дом)	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)		
Состав семьи	Полная	21 (35)	33 (54,2)	24 (54,6)	0,08	0,05*
	Неполная (воспитывается матерью)	35 (58,3)	25 (41)	11 (25)		
	Неполная (воспитывается отцом)	0 (0)	1 (1,6)	1 (2,3)		
	Неполная (воспитывается другими родственниками)	0 (0)	0 (0)	3 (6,8)		
	Воспитывается матерью и отчимом	3 (5)	1 (1,6)	2 (4,5)		
	Воспитывается отцом и мачехой	0 (0)	1 (1,6)	0 (0)		
	Другое (детский дом)	1 (1,7)	0 (0)	3 (6,8)		
Отношения между родителями	Дружеские	14 (23,3)	25 (41)	30 (68,1)	0,06	0,01*
	Формальные	15 (25)	9 (14,8)	5 (11,4)		
	Холодные	2 (3,3)	1 (1,6)	0 (0)		
	Конфликтные	0 (0)	1 (1,6)	0 (0)		
	Не общаются	25 (41,7)	25 (41)	9 (20,5)		
	Другое	4 (6,7)	0 (0)	0 (0)		
Стиль воспитания	Гармоничный	34 (56,7)	40 (65,6)	22 (50)	0,3	0,5
	Дисгармоничный	26 (43,3)	21 (34,4)	22 (50)		
Эмоциональное отвержение	Нет	51 (85)	57 (93,4)	35 (79,5)	0,1	0,46
	Да	9 (15)	4 (6,6)	9 (20,5)		
Отношение пациента к членам семьи	Теплое	59 (89,3)	61 (100)	34 (77,3)	0,08	0,08
	Формальное	0 (0)	0 (0)	5 (11,4)		
	Холодное	0 (0)	0 (0)	5 (11,4)		
	Враждебное	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
	Другое (детский дом)	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)		

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

При изучении микросоциальных условий пациентов с ТСПС было установлено, что большинство из них воспитывались в светских традициях (90%,  $n=54$ ), в структурно полных (35%,  $n=21$ ) или неполных семьях, где родительская функция осуществлялась матерью (58,3%,  $n=35$ ). Отношения

между родителями в полных семьях характеризовались как преимущественно теплые, реже – формальные, в неполных – в большинстве случаев отцы проявляли слабое участие в воспитании детей, поддерживали формальные отношения с бывшими женами или не общались с семьей вовсе. Большинство пациентов описали стиль воспитания со стороны родителей как, в целом, гармоничный (56,7%,  $n=34$ ). Дисгармонию воспитания с чертами гипопротекции различной выраженности, более свойственную неполным семьям, описали 43,3% ( $n=26$ ) пациентов из группы А и их родственников. В большинстве случаев эта дисгармония была обусловлена социальными факторами – необходимостью матерей-одиночек проводить много времени на работе в условиях отсутствия социальной поддержки и т.п. В 15% ( $n=9$ ) семей выявлено эмоциональное отвержение со стороны родителей.

Практически все подростки из группы А (98,3%,  $n=59$ ) охарактеризовали свое отношение к родителям в преморбидный период как теплое, в т.ч. в случаях резко выраженной дисгармонии воспитания (единственное исключение составила одна пациентка, воспитанная в детском доме). Типичными реакциями на упреки, нотации и наказания были обида, плач, угрызения совести. В семье эти дети были послушны, ласковы, разделяли вкусы и ценности домочадцев и, в целом, производили впечатление «домашних детей».

При исследовании особенностей полового воспитания был выявлен целый ряд существенных различий между основной и контрольными группами. Результаты представлены в таблице 4.5.

**Таблица 4.5. Особенности полового воспитания**

Параметры, описывающие характер и условия полового воспитания		Группа А n (%)	Группа В n (%)	Группа С n (%)	$p_{AB}$
					$p_{AC}$
Половое воспитание в семье	Гармоничное	54 (90)	61 (100)	0 (0)	0,01*
	Дисгармоничное	6 (10)	0 (0)	0 (0)	
	Резко дисгармоничное	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	Другое	0 (0)	0 (0)	44 (100)	



взрослых. Один юноша описал эпизод гомосексуального насилия со стороны несовершеннолетнего родственника.

В группе В все пациенты (100%,  $n=61$ ) описали половое воспитание в семье как, в целом, гармоничное.

Статистически значимые отличия от групп А и В продемонстрировали пациенты с ТС, сообщившие о предпринимаемых родителями безуспешных попытках воспитания их в соответствии с полом, систематических замечаниях по поводу несоответствия полоролевым стереотипам ( $p=0,001$ ).

В анамнезе жизни пациентов с ТСПС значительно чаще, чем у больных ШР из контрольной группы, фиксировались данные о направленных на полоролевою сферу насмешках со стороны сверстников (25%,  $n=15$ ) ( $p=0,001$ ). В группе С такие насмешки встречались наиболее часто (65,9%,  $n=29$ ) ( $p=0,001$ ). С детского возраста пациенты с ТС привлекали внимание членов окружающих резким отклонением поведения от полоролевых норм, активно выражаемым недовольством своим полоролевым статусом и половой принадлежностью.

#### **4.1.5. Идентификация, сексуальное и полоролевое поведение**

При изучении половой идентификации были обнаружены существенные отличия полоролевого поведения в детском возрасте пациентов с ТСПС и лиц с ТС.

Осознавая себя в полном соответствии с полом, пациенты из группы А в детском возрасте не только не выражали недовольства своей половой принадлежностью, но и охотно транслировали её в поведении – в своей речи, во внешнем виде, в повседневной деятельности. По отношению к себе они использовали соответствующие полу как в присутствии посторонних, так и в разговорах с близкими, друзьями, при общении в социальных сетях, при ведении личных дневников. На обращение по имени и в соответствующем полу роде реагировали положительно. В беседах с родителями они не

высказывали желания родиться представителями другого пола или изменить пол в будущем. Все пациенты из группы А предпочитали соответствующую полу одежду и активно участвовали в её выборе. Их игры и увлечения полностью соответствовали полоролевым стереотипам в 93,3% случаев ( $n=56$ ). Лишь 6,7% ( $n=4$ ) описали отдельные элементы нарушения таких стереотипов в виде отсутствия интереса к куклам у девочек ( $n=2$ ) и подчеркнутой художественно-гуманитарной ориентации мальчиков при явной нелюбви к соревновательным играм ( $n=2$ ). Большинство пациентов из группы А (86,7%,  $n=52$ ) предпочитали общение с однополыми сверстниками. В смешанной компании группировались 13,3% ( $n=8$ ) обследованных, выделяя из нее одного/одну друга/подругу, соответствующего своему полу.

Сравнение соответствующих параметров в группах А и С приведено в таблице 4.6.

**Таблица 4.6. Сравнение параметров полоролевого поведения пациентов с транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве и при транссексуализме (в детском возрасте)**

Параметры, описывающие идентификацию и полоролевое поведение		Группа А n (%)	Группа С n (%)	<i>p</i>
Половая идентификация	Нормативная	60 (100)	0 (0)	0,01*
	Инверсная	0 (0)	38 (86,4)	
	Другое	0 (0)	6 (13,6)	
Половая идентификация в речи	Соответствует полу	60 (100)	1 (2,3)	0,01*
	Говорит о себе попеременно соответственно полу и в инверсном роде	0 (0)	4 (9,1)	
	Избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе соответственно полу	0 (0)	13,6 (6)	
	Избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе в инверсном роде	0 (0)	3 (6,8)	
	Избегает родовых окончаний или говорит о себе соответственно полу при	0 (0)	30 (68,2)	

	посторонних, но в присутствии близких – инверсно			
Реакция на обращение по имени	Нейтральная	60 (100)	18 (40,9)	0,001*
	Негативная	0 (0)	26 (59,1)	
Реакция на обращение в роде, соответствующем полу	Нейтральная	60 (100)	14 (31,8)	0,01*
	Негативная	0 (0)	30 (68,2)	
Кросс-дрессинг	Отсутствии	60 (100)	8 (18,2)	0,03*
	Стиль унисекс	0 (0)	75 (33)	
	Отдельные элементы	0 (0)	2 (4,5)	
	Другое	0 (0)	1 (2,3)	
Стремление к видам деятельности, характерным для противоположного пола	Да	0 (0)	44 (100)	0,001*
	Отдельные элементы	4 (6,7)	0 (0)	
Группирование в обществе лиц, противоположного пола	Да	0 (0)	40 (90,9)	0,001*
	Отдельные элементы	13,3 (8)	4 (9,1)	
Адаптация в однополой группе	Да	54 (90)	3 (6,8)	0,001*
	Трудности адаптации	6 (10)	5 (11,4)	
Отвержение гениталий	Да	0 (0)	34 (77,3)	0,001*

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Резко контрастируют на этом фоне данные, полученные при анализе результатов исследования полоролевого поведения пациентов из группы С.

В 86,4% ( $n=38$ ) случаев пациенты с ТС с детского возраста в разговорах с родителями выражали инверсную (обратную) по отношению к полу идентификацию, в 13,6% ( $n=6$ ) – высказывали сомнения в собственной половой принадлежности на основании неспособности идентифицировать себя со своей половой ролью. Пациенты описывали свое самовосприятие как проявившееся в наиболее раннем обозримом ими периоде детства и стабильно присутствующее на протяжении жизни стихийное, не подвластное воле и иррациональное ощущение собственной тождественности представителям противоположного пола при полном осознании своей половой принадлежности.

Большинство участников группы С уже в детском возрасте обнаруживали наличие трансролевых переживаний в повседневной речи: 68,2% ( $n=30$ ) предпочитали избегать родовых окончаний и местоимений при общении с посторонними людьми, но в кругу близких говорили о себе

инверсно по отношению к полу; 13,6% избегали родовых окончаний и местоимений, но при необходимости говорили о себе соответственно полу ( $n=6$ ); 9,1% – говорили о себе, используя как соответствующие полу, так и инверсные окончания и местоимения ( $n=4$ ); 6,8% избегали родовых окончаний и местоимений, но при необходимости говорили о себе инверсно ( $n=3$ ). Лишь один пациент из группы С до вступления в пубертат говорил о себе соответственно полу, что было обусловлено, с одной стороны, «краевым» характером ТС и религиозно обусловленными жесткими этическими установками как самого пациента, так и членов его окружения – с другой.

Негативную реакцию на обращение по имени в детском возрасте давали 59,1% пациентов с ТС ( $n=26$ ). Недовольство при обращении в соответствующем полу роде выражали 68,2% ( $n=30$ ).

Для детей с ТС было характерно активное уклонение от ношения одежды, соответствующей полу: 75% ( $n=33$ ) надевали одежду в стиле «унисекс», 4,5% ( $n=2$ ) использовали отдельные элементы одежды свойственной лицам противоположного пола. Одежду, соответствующую полу, до вступления в пубертат носили 18,2% обследованных из группы С ( $n=8$ ).

Пациенты с ТС тяготели к играм, увлечениям, хобби и интересам, обычно характерным для представителей противоположного пола (90,9%;  $n=40$ ). Мальчики предпочитали преимущественно спокойные, малоподвижные или феминные игры («дочки-матери» и т.п.). В качестве игровых предметов выбирали куклы, мягкие игрушки, игрушечную посуду и т.п. Они увлекались рукоделием, приготовлением пищи, охотно помогали матерям в ведении домашнего хозяйства. Девочки, напротив, играли в подвижные, соревновательные игры с освоением пространства, увлекались силовыми видами спорта, в домашнем хозяйстве стремились к выполнению

«мужской» работы. Приоритетными игрушками становились пистолеты, солдатики, машинки и т.п. Девочки увлекались силовыми видами спорта.

Также участники группы С указали на то, что с детского возраста стремились к группированию со сверстниками противоположного пола 81,8% ( $n=36$ ), о трудностях адаптации – 11,4% ( $n=5$ ). Мальчики охотно присоединялись к группам девочек, разделяли их интересы, отвергая традиционно мужские увлечения. Девочки строили равноправные дружеские отношения с мальчиками, в мужских компаниях нередко выполняли роли лидеров и «заводил», вступали в драки. Одновременно лица с ТС с детского возраста испытывали и выражали дискомфорт при посещении общественных мест с четким разделением полов (раздевалок, туалетных комнат, душевых, бань, пляжей и т.п.), а также при участии в видах деятельности, предусматривающих такое разделение (спортивные секции, парные танцы, участие в детских утренниках и театральных постановках с необходимостью исполнять роль соответствующую их полу, уроки труда и физической культуры и т.п.).

Недовольство наличием соответствующих полу гениталий в детском возрасте активно выражали 77,3% ( $n=34$ ) пациентов из группы С. О желании изменения имени на не соответствующее полу и полоролевого статуса с возможностью позиционировать себя в качестве представителя противоположного пола в ближайшем кругу знакомых регулярно заявляли 95,5% ( $n=42$ ) детей с ТС ( $p=0,01$ ).

#### **4.2. Дебют шизотипического расстройства**

Установленные в ходе клинико-динамического исследования возраст и условия дебюта заболевания, а также клинические проявления ШР у пациентов с ТСПС полностью соответствуют как критериям этого заболевания по МКБ-10, так и литературным описаниям (Воловик В.М., 1980; Личко А.Е., 1989; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; R Levin, 1998;

Цуцукельковская М.Я., 1999 (1); Mittal K. et al., 2007; Иванец Н.Н., Ефремова Е.Н., 201; Коцюбинский А.П. и соавт., 2015; See A. et al., 2021; Kaplan A., Smith C., 2021; Sher L., 2021; Hare K. et al., 2021).

Возраст дебюта ШР у пациентов из группы А составлял  $12,5 \pm 0,74$  лет. У участников группы В заболевание дебютировало позже – в  $13 \pm 0,93$  года ( $p=0,004$ ). У всех пациентов дебют ШР совпадал с возрастом вступления в пубертат, который в группе А составлял  $12,3 \pm 0,72$  года, в группе В –  $12,4 \pm 0,69$  года. Данные представлены в таблице 4.7.

**Таблица 4.7. Возраст дебюта шизотипического расстройства**

	Возраст вступления в пубертат		
	Группа А	Группа В	<i>p</i>
M±SD	$12,5 \pm 0,74$	$13 \pm 0,93$	1,0
Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	12 [12;13]	13 [12;13]	0,004*
Min-Max	11-13	12-14	
	11-14	11-15	

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Следует отметить, что выявленные различия возраста дебюта заболевания в группах А и В не рассматриваются нами в качестве закономерности. Это связано с потенциальным влиянием на результаты отдельных случаев позднего начала болезни, в возрасте 15 лет, наблюдаемых в 1-й контрольной группе. Такие случаи, как по нашим наблюдениям, так и по данным научной литературы (Жмуров В.А., 2016), являются нетипичными.

У 68,3% ( $n=41$ ) пациентов с ТСПС появление первых признаков болезни происходило в условиях вынужденного изменения уклада жизни и/или социального окружения – смена места жительства, перевод в новую школу, утрата прежнего круга общения и т.п. В аналогичных условиях

заболевание начиналось и у 70,5% ( $n=43$ ) подростков из группы В. Во всех случаях ШР начиналась исподволь – с субклинических аффективных и неврозоподобных расстройств.

В группе А особенности клинической картины ШР в значительной степени определялись преморбидно свойственными пациентам сенситивными чертами характера. После дебюта заболевания эти черты, с одной стороны, заострялись и ярко окрашивали возникающие экзо- и интраперсональные конфликты, определяли специфику совладающего поведения, с другой – существенным образом преломлялись и до неузнаваемости деформировались.

Депрессивные состояния, ретроспективно выявляемые у всех подростков как в группе А ( $n=60$ ), так и в группе В ( $n=61$ ) в дебюте заболевания проявляли себя преимущественно психической истощаемостью и медленно прогрессирующим снижением толерантности к интеллектуальным нагрузкам. Также в раннем периоде ШР у пациентов возникали эмоционально-гипрестетические расстройства, проявлявшиеся преимущественно легкой лабильностью настроения и гиперестезией кожного покрова.

По мере прогрессивности заболевания пациенты начинали ощущать безрадостность, тревогу и апатию. Ангедония имела непостоянную выраженность, флюктуируя от субклинического уровня до объективно определяемого. Также волнообразно, с аутохтонными изменениями интенсивности, протекала и тревога. Апатия была монотонной, подверженной постепенному, неуклонному усилению. При этом пациенты в течение длительного времени сохраняли интерес к любимым занятиям и общению в привычной среде, способность к ситуационному переживанию чувства радости.

Объективно отмечались легкое снижение продуктивности интеллектуальной деятельности, снижение толерантности к эмоциональным

и умственным нагрузкам, возникновение замкнутости, непереносимость шума и прикосновений, жалобы на дискомфорт при ношении облегчающей одежды.

По мере прогрессивности заболевания депрессивная симптоматика постепенно оформлялась, демонстрируя тенденцию к синдромальному завершению. Объективно определяемой становилась ангедония. Возникла физическая утомляемость, периодически достигая выраженности адинамии. У 60% ( $n=36$ ) в структуре депрессии стали возникать дисфорические проявления, сопровождающиеся расстройствами влечений. Данные представлены в таблице 4.8.

**Таблица 4.8. Расстройства влечений**

Расстройства влечений	Астенические депрессии n (%)	Дисфорические депрессии n (%)	<i>p</i>	<i>V</i>
Влечение к самоповреждению	10 (41,7)	33 (91,7)	0,0001*	0,54
Суицидальные идеи	16 (66,7)	34 (94,4)	0,005*	0,36
Брутальные суицидальные фантазии	2 (8,3)	30 (93,3)	0,0001*	0,73
Гомицидные фантазии	0 (0)	10 (27,8)	0,005*	0,36

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Вероятность возникновения влечения к самоповреждению у лиц с дисфорическими депрессиями в группе А была в 15,4 раза выше, чем у пациентов с астеническими (ОШ=15,4, ДИ 95% [3,67;64,5]). Вероятность возникновения суицидальных идей – 8,5 раз выше (ОШ=8,5, ДИ 95% [1,6;44,6]), брутальных суицидальных фантазий с представлениями о разрезании, разрывании, размозжении или расчленении собственного тела – в 55 раз выше (ОШ=55, ДИ 95% [10,1;298,7]). Гомицидные фантазии в нашем исследовании выявлялись исключительно у лиц с дисфориями.

В тот же период пациенты начинали часто видеть кошмарные сновидения, часто со сценами смерти, тления, расчленения, войны, преследования, кровавые образы и т.п. Такие сны были описаны у 41,7% ( $n=25$ ) участников группы А и у 57,4% ( $n=35$ ) – в группе В ( $p=0,084$ ). При

этом участники основной группы с дисфориями обнаруживали в 46 раз большую склонность к их возникновению по сравнению с лицами с астеническими депрессиями (ОШ=46 ДИ 95% [5,5;382]).

На фоне появления в клинической картине ШР колебаний настроения существенным образом нарушалось поведение и стереотипы реагирования пациентов. Особенно значительно менялось отношение подростков к членам семьи. Данные представлены в таблице 4.9.

**Таблица 4.9. Отношение пациентов из группы А к членам семьи в дебюте шизотипического расстройства**

Характеристика	Астенические депрессии n (%)	Дисфорические депрессии n (%)	<i>p</i>	<i>V</i>
Теплое	12 (50)	4 (11,1)	0,0001*	0,5
Формальное	12 (50)	13 (36,1)		
Холодное	0 (0)	12 (33,3)		
Враждебное	0 (0)	7 (19,5)		

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Ласковые, впечатлительные, ранимые и эмоционально привязанные к родителям в детском возрасте участники в группе А в пубертате становились замкнутым, отгороженным, холодным или жестоким по отношению к близким. Бурные, не всегда адекватные раздражителю аффективные реакции в течение длительного времени рассматривались окружающими в качестве нормативных для подросткового возраста оппозиционности и стремления к эмансипации. В этом контексте следует отметить, что яркие реакции оппозиции и эмансипации являются нехарактерными для сенситивных подростков (Личко А.Е., 1983).

В группе В пациенты в дебюте ШР чаще демонстрировали негативное отношение к родителям, что, как можно предположить, обусловлено отличными от участников группы А преморбидными особенностями характера (см. табл. 4.3.). Данные представлены в таблице 4.10.

**Таблица 4.10. Отношение пациентов из групп А и В к членам семьи в дебюте шизотипического расстройства**

Характеристика	Группа А n (%)	Группа В n (%)	<i>P</i>
Теплое	16 (26,7)	3 (4,9)	<0,001*
Формальное	25 (41,7)	13 (21,3)	
Холодное	12 (20)	31 (50,8)	
Враждебное	6 (11,7)	14 (23)	

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Появлялось сезонное усиление и послабление симптоматики без четкой фазности. Атипичные гипоманиакальные состояния, проявлявшиеся чувством эйфории и незначительным ускорением мышления без повышения активности и нарушений поведения были описаны 48,3% ( $n=29$ ) участниками группы А и 55,7% ( $n=34$ ) – в группе В ( $p=0,415$ ). Во всех случаях подъемы настроения были аутохтонными, относительно редкими и имеющими короткую и ультракороткую продолжительность – от 1 часа до 1 дня.

Деперсонализационно-дереализационная симптоматика, выявленная у всех пациентов из группы А ( $n=60$ ) и у 96,7% ( $n=59$ ) пациентов из группы В, проявляла себя парциально, в едином конгломерате с аффективными нарушениями, преимущественно ауто- и аллопсихической анестезией.

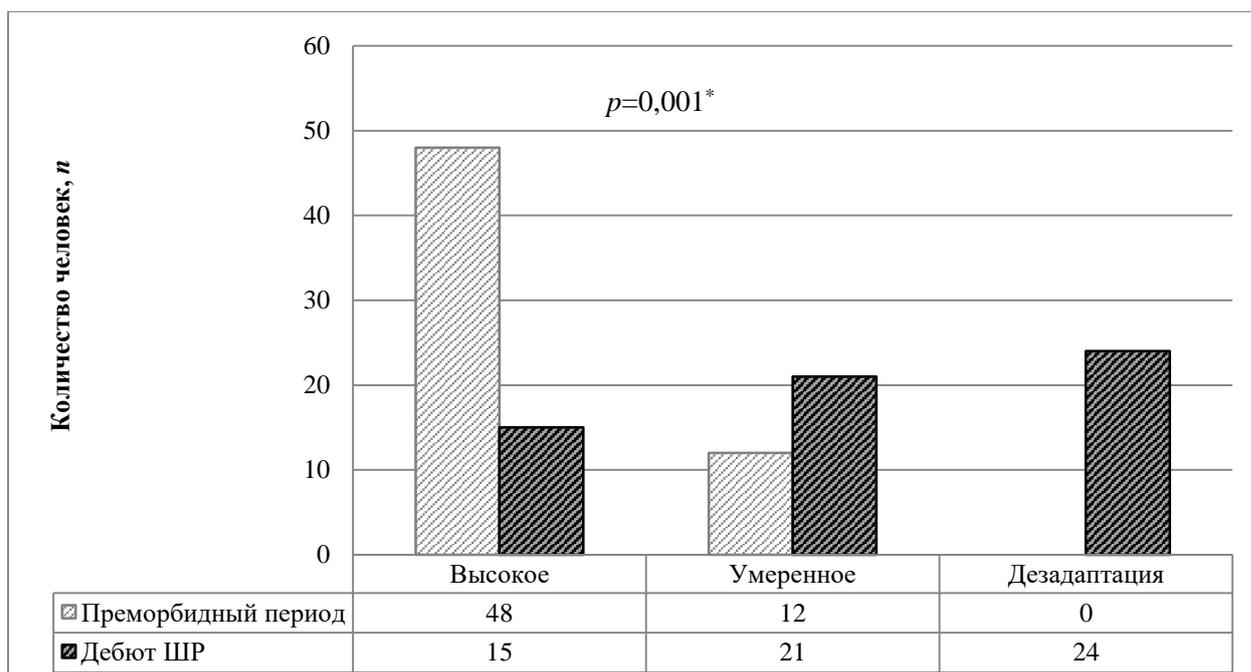
Все пациенты из групп А ( $n=60$ ) и В ( $n=61$ ) описали возникновение в дебюте заболевания мучительного и бесплодного самоанализа (рефлексии) с транзиторными навязчивыми страхами. Главным предметом рефлексии были мысли о возникающих социальных конфликтах. Контрастные obsessions аутодеструктивного, агрессивного или сексуального содержания ретроспективно подтвердили 93,3% ( $n=56$ ) пациентов из группы А и 88,5% ( $n=54$ ) пациентов из группы В. Контрастные навязчивые гомосексуальные фантазии и представления были выявлены у 43,3% ( $n=26$ ) пациентов в группе А и у 39,3% ( $n=24$ ) ( $p=0,656$ ). При этом навязчивые сомнения в собственной гетеросексуальности чаще возникали в группе А – в 78,3% ( $n=47$ ) случаев. В группе В данные переживания возникали у 34,4% ( $n=21$ ) пациентов.

Подростки из группы А чаще сообщали о возникновении в дебюте ШР дисморфофобических переживаний (100%,  $n=60$ ). В группе В данный показатель составлял 73,8% ( $n=45$ ) ( $p<0,001$ ). Пациенты сообщали о наличии сенситивных идей отношения и толкования с акцентом на внешности и полоролевом поведении. У пациентов из группы А в 11,7% ( $n=7$ ) случаев дисморфофобические переживания сочетались с сенесто-ипохондрическими. В группе В сенесто-ипохондрические переживания выявлялись у 19,6% ( $n=12$ ) ( $p=0,94$ ). Недовольство гениталиями пациентов встречалось с сопоставимой частотой – в 6,7% ( $n=4$ ) в группе А и в 3,3% ( $n=2$ ) в группе В ( $p=0,391$ ). Юноши испытывали недовольство половыми органами в связи с мыслями об их недостаточном размере или некрасивом внешнем виде (то есть за счет собственно дисморфофобической симптоматики), девушки – по причине необходимости соблюдать гигиенические мероприятия в период менструации (то есть за счёт эмоционально-волевых и гиперестетических расстройств).

Дальнейшее развитие болезни характеризовалось постепенным, медленным оформлением симптоматики и усложнением клинической картины с появлением в ее структуре сверхценных образований и специфических нарушений мышления (25%,  $n=15$ ) и/или сверхценных и/или нестойких бредовых дисморфофобических и дисморфоманических идей (38,3%,  $n=23$ ). Далее клинической картине ШР начинали возникать отрывочные, редкие, синдромально незавершенные и не влияющие на поведение обманы восприятия (иллюзии, опазмы, гипногагические и гипнопомпические псевдогаллюцинации, вербальные, тактильные, и зрительные псевдогаллюцинации, ощущение «незримого присутствия») (41,7%,  $n=25$ ).

После дебюта ШР у подростков происходило снижение уровня социальной адаптации. Пациенты из группы А отмечали существенное ухудшение качества межличностных отношений с окружающими

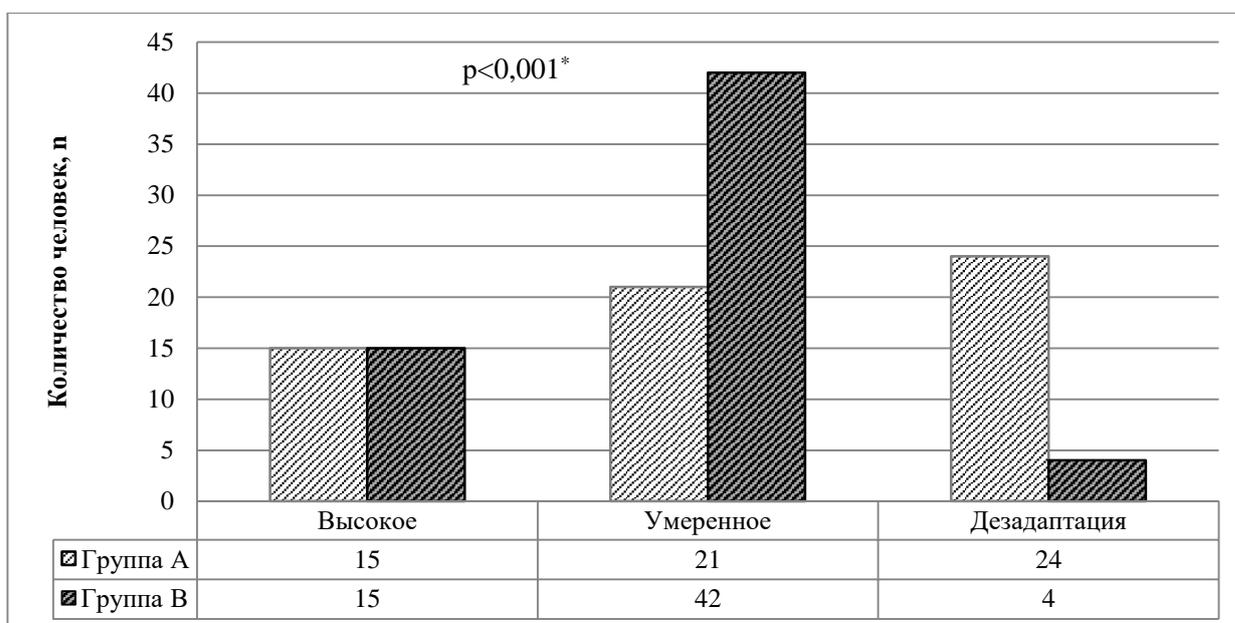
сверстниками по сравнению с преморбидным периодом. Данные представлены на рисунке 4.2.



**Рисунок 4.2. Субъективная оценка качества межличностных отношений в группе А в преморбидном периоде и в дебюте заболевания**

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

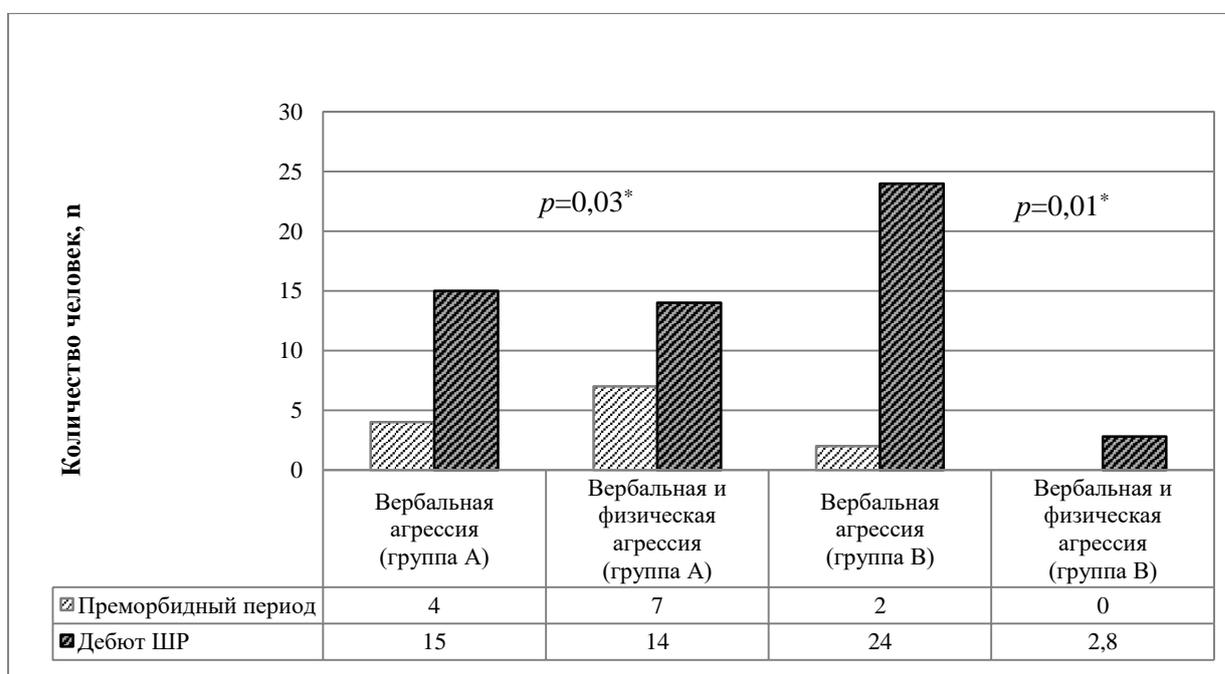
Пациенты из группы В также отметили ухудшение качества межличностных отношений, однако субъективно оценивали свою адаптацию выше, чем участники группы А. Данные представлены на рисунке 4.3.



**Рисунок 4.3. Субъективная оценка качества межличностных отношений в группе А и В в дебюте заболевания**

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

После дебюта ШР существенно возростала уязвимость пациентов перед агрессией со стороны сверстников. Данные представлены на рисунке 4.4.



**Рис. 4.4. Проявление агрессии со стороны сверстников в адрес пациентов с шизотипическим расстройством**

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

О проявлениях в свой адрес враждебности со стороны сверстников после дебюта ШР сообщили 48,3% ( $n=29$ ) опрошенных из группы А и 52,4% ( $n=32$ ) опрошенных из группы В ( $p=0,152$ ). При этом объектами вербальной агрессии становились 25% ( $n=15$ ) пациентов из группы А и 39,3% ( $n=24$ ) пациентов из группы В ( $p=0,092$ ), вербальной и физической – 23,3% ( $n=14$ ) и 13,1% ( $n=8$ ) соответственно ( $p=0,146$ ).

С целью временной компенсации психосоциального дистресса 93,3% ( $n=56$ ) участников группы А прибегали к различным видам виртуальной активности, 25% ( $n=15$ ) пациентов – к персевераторно-обсессивная мастурбации, 18,3% ( $n=11$ ) – к алкоголизации, 6,7% ( $n=4$ ) – к употреблению наркотических веществ. В группе В 73,7% ( $n=45$ ) опрошенных подтвердили виртуальную активность ( $p=0,004$ ), 42,6% ( $n=26$ ) – употребление алкоголя ( $p=0,015$ ), 36% ( $n=22$ ) – наркотизацию ( $p<0,001$ ), 34,4% ( $n=21$ ) – описали возникновение расстройств пищевого поведения в виде чередования периодов компульсивного переедания и голодания ( $p<0,0001$ ), персевераторно-обсессивная мастурбация была описана у 11,5% ( $n=7$ ) пациентов. Синдром зависимости не был сформирован ни у одного из пациентов из групп А и В.

Другим распространённым способом совладания с симптомами болезни у подростков с ШР было аутоагрессивное поведение. В группе А о влечении к самоповреждению сообщили 71,7% ( $n=43$ ), об аутоагрессивных действиях – 53,3% ( $n=32$ ). Мотивы несуицидального самоповреждающего поведения, согласно предоставленным описаниям, были связаны с желанием преодолеть тягостное эмоциональное состояние («Заменить душевную боль физической»), психическую анестезию («...чтобы что-нибудь почувствовать»), навязчивые мысли («...помогает отвлечься от постоянных размышлений... чтобы не лезли мысли о самоубийстве...»). Были характерны нанесение самопорезов, царапин, ожогов или ударов на видимые (20%,  $n=12$ ) и скрытые под одеждой (33,3%,  $n=20$ ) участки тела. По мере

прогредиентности заболевания характер саповоруждающего поведения менялся: редкие аутоагрессивные действия, реализуемые в рамках совладающего поведения, трансформировались первоначально в навязчивое влечение и далее – в импульсивную аутоагрессию.

В группе В к несуицидальному самоповреждающему поведению прибегали 68,9% ( $n=42$ ) опрошенных, при этом повреждения чаще наносились на открытые участки тела (44,3%,  $n=27$ ) ( $p=0,017$ ). Динамика аутоагрессивного поведения соответствовала описанной для группы А.

Суицидальные идеи встречались у пациентов из группы А значительно чаще, чем у пациентов из группы В. Мысли о самоубийстве признали 83,3% ( $n=50$ ) пациентов из группы А и 63,9% ( $n=39$ ) пациентов из группы В ( $p=0,016$ ). При этом вероятность совершения суицидальных попыток в группе В (23%,  $n=14$ ) была в 4,1 раза выше, чем в группе А (3,5%,  $n=2$ ) ( $p=0,005$ ; ОШ=4,1 ДИ95% [1,28;13,5]).

### **4.3. Динамика транссексуалоподобных состояний**

С целью описания кинико-динамических характеристик ТСПС у подростков с ШР были проанализированы различия социально-демографических, преморбидных и клинических параметров в группе А в период до и после возникновения у пациентов трансролевых переживаний. Полученные результаты позволили выделить три этапа формирования ТСПС: 1) этап predisпозиции; 2) этап инициации; 3) этап трансформации.

#### **4.3.1. Этап predisпозиции**

На этапе predisпозиции происходило постепенное накопление и консолидация специфических и неспецифических предрасполагающих факторов, затрудняющих усвоение и соблюдение подростками половой роли и способствующих возникновению у них хронического психоэмоционального дистресса по этому поводу. К *специфическим* были

отнесены условия, действующие исключительно или преимущественно в группе А и формирующие, таким образом, наиболее существенные количественные и качественные различия исследованных характеристик пациентов из основной и 1-й контрольной групп. В качестве *неспецифических* были обозначены факторы, выявляемые у пациентов с ШР независимо от наличия ТСПС, т.е. как в группе А, так и в группе В, а также условия, роль которых в генезе трансролевых переживаний была опосредована влиянием специфических факторов.

В зависимости от формирующих predisposition параметров возможно выделить четыре комплементарные группы факторов:

1. связанные с клиническими особенностями психического расстройства (*клиническая predisposition*);
2. связанные с полом (*половая predisposition*);
3. связанные с преморбидными личностными особенностями пациентов (*личностная predisposition*);
4. связанные с микро- и макросоциальным влиянием (*социальная predisposition*).

#### *Клиническая predisposition*

Предрасположение к ТСПС со стороны клинической картины ШР формировалось за счет неспецифического влияния проявлений болезни – аффективной, деперсонализационной, обсессивной симптоматики, дисморфофобической/ дисморфоманической, синдрома метафизической интоксикации, нарушений мышления.

1) *Аффективные нарушения*. Субдепрессии, наблюдаемые практически у всех обследованных подростков с ШР, сопровождались заострением преморбидно свойственных пациентам сенситивных черт характера. Стеснительность, робость, ранимость, страх перед агрессией и неудачами, склонность к самообвинению существенно ограничивали

возможности реализации полоролевых качеств при взаимодействии как с представителями своего пола, так и противоположного.

По причине возникновения эмоционально-гиперестетических расстройств в виде тактильной раздражительности у 53,3% (n=32) пациентов из группы А и у 39,3% (n=24) пациентов из группы В возникала неприязнь к ношению облегающей одежды. Подростки начинали облачаться в универсальные вещи свободного покроя, не стесняющие движений, – толстовки, худи, футболки, свободные брюки, спортивную обувь и т.п. По схожим механизмам подростки изменяли прическу. Девушки укорачивали волосы, так как прикосновение локонов к лицу, шее, плечам и спине начинало сопровождаться дискомфортом, а также по причине нежелания ухаживать за причёской. Для юношей на данном этапе изменение длины волос было нехарактерным. Прически, в целом соответствующие полоролевым стереотипам, носили 20% (n=12) пациенток из группы А, соответствующие стилю «унисекс» – 10% (n=6). В группе В аналогичные показатели составляли 26,2% (n=16) и 16,4% (n=10); 1,6% (n=1) пациенток имели прически, не соответствующие полоролевым стереотипам.

Для девушек с ШР было характерно возникновение дисфорических депрессий в предменструальный период. В группе А это закономерным образом способствовало закреплению неприязни к менструации и опосредованно через это – к собственному женскому естеству.

2) *Деперсонализация* переживалась пациентами как персистирующее тягостное ощущение собственной «инакости», «изоляции» из-за неясности и невыразимости собственных переживаний для себя и окружающих. Кроме того, аутопсихическая деперсонализация проявлялась чувством «дезавтоматизации» психической деятельности и возникновением у подростков потребности действовать «по плану» («примеру», «трафарету»). Результатами этого были ведомость, внушаемость и подверженность внешнему влиянию.

3) *Навязчивые мысли* (рефлексия, контрастные аутодеструктивные влечения и эгодистонические гомосексуальные представления), доставляя пациентам наибольшие страдания, имели во внутренней картине болезни особую значимость и сопровождались выраженной потребностью в их компенсации. Одним из универсальных способов совладания с obsessions было изменение речи. В группе А в период после дебюта ШР и до возникновения ТСПС 11,7% (n=7) подростков начинали говорить о себе избегая родовых окончаний и лишь при необходимости соответственно полу, 8,3% (n=5) – попеременно в гражданском и инверсном родах. Значимых различий по данному параметру с группой В не было выявлено: 23% (n=14) подростков говорили о себе избегая родовых окончаний и лишь при необходимости соответственно полу, 4,9% (n=3) – попеременно в гражданском и инверсном родах. Такие необычные, резко контрастные их повседневному поведению, действия впервые совершались обычно по механизму подражания и сопровождались остро возникающим в результате временного преодоления obsessивной симптоматики чувством эмоционального облегчения. Дальнейшая презентация себя в непривычной родовой форме в речи, сопряженная с необходимостью постоянного самоконтроля, позволяла пациентам компенсировать обусловленные эндогенным процессом когнитивные и эмоционально-волевые нарушения.

4) *Дисморфофобические идеи*. Несмотря на то, что в данном исследовании дисморфофобия регистрировалась у пациентов из группы А чаще, чем в группе В ( $p < 0,001$ ), ее проявления были отнесены к неспецифической предрасположенности. Это было обусловлено тем фактом, что недовольство внешностью возникло у пациентов из группы А до формирования ТСПС и лишь позже подвергалось патоморфозу под влиянием других факторов. Юноши первоначально считали себя «некрасивыми» из-за «более медленного» по сравнению со сверстниками появления вторичных половых признаков (оволосение на лице и теле, огрубение голоса и т.п.),

девушки – из-за «недостаточно женственной» внешности (недовольство фигурой, формой ног, излишним оволосением и т.п.). Дисморфофобия также обуславливала изменение пациентами с ШР внешнего вида: подростки начинали носить мешковатую одежду с целью сокрытия мнимых недостатков внешности – «некрасивой фигуры», «лишнего веса», «слишком большой груди» и т.п., не связывая эти переживания с недовольством полом.

5) *Нарушения мышления.* Нарушения структуры мышления были единообразны у подростков из групп А и В и регистрировались у них с одинаковой частотой, однако сниженная способность пациентов с ШР к разграничению существенных и несущественных признаков формировала необходимое, на наш взгляд, условие для возникновения у них ТСПС. Это условие реализовалось посредством склонности пациентов к неадекватной интерпретации внешних стимулов, личного опыта, а также собственных полоролевых, сексуальных и экзистенциальных переживаний.

#### *Личностная предрасположенность*

По нашим наблюдениям, именно различия преморбидного личностного склада в группах А и В формировали важнейший специфический элемент предрасположения к возникновению ТСПС. Свое предрасполагающее действие личностные особенности реализовывали по трем направлениям.

1) *Повышение уязвимости пациентов перед социальными конфликтами.* Стеснительность и неконфликтность подростков из группы А, их робость и страх осмеяния существенно затрудняли реализацию полоролевого поведения и становились поводом для насмешек со стороны окружающих. Ориентированные на внешнюю оценку, склонные к самоанализу и самообвинению, подростки из основной группы крайне болезненно переносили такие насмешки. Самооценка полоролевых качеств у юношей была особенно уязвима перед агрессией со стороны однополых сверстников, в особенности – проявляемой публично. Свойственные

пациентам стремление к избеганию конфронтации, низкая агрессивность, непереносимость грубости и эмотивность в оскорбительной форме отождествлялись сверстниками со слабостью характера, трусостью, женственностью или гомосексуальностью. Неумение противостоять обидчикам, неуверенность в себе, страх перед унижением и физической болью резко контрастировали с их субъективными представлениями о мужчине как о прирожденном «победителе» и «защитнике», что закономерным образом приводило их к мучительному переживанию несоответствия собственной половой роли.

«Ахиллесовой пятой» девушек были упреки и насмешки, обесценивающие или унижающие признаки женственности в их внешнем виде («Некрасивая», «Называли уродом», «Дразнили обезьяной из-за волос на руках», «Говорили, что плохо одеваюсь», «Смеялись над большой грудью, хватали нее»). Также девушки сообщали о насмешках, связанных с инфантильностью их полоролевого поведения – непониманием флирта, отсутствием интереса интригам, нежеланием привлекать к себе внимание юношей. Заострение сенситивности у девушек со стремлением к избеганию проявлений эротического или сексуального влечения со стороны юношей, в особенности в грубых, вульгарных выражениях, было еще одной причиной приверженности стилю «унисекс».

2) *Личностная реакция на проявления психического заболевания.* Возникающие в дебюте ШР аутохтонные эмоционально-волевые нарушения, навязчивые мысли и расстройства влечений сопровождалась у них выраженным ощущением собственной неполноценности и чувством вины за неспособность соответствовать собственным морально-нравственным «стандартам». Эротические и сексуальные переживания пациентов были ярко окрашены мучительными противоречиями между влечениями и этическими установками. Свойственные больным ШР сниженное или

недифференцированное сексуальное влечение, контрастные гомоэротические и гомосексуальные переживания, а также неуспех в гетеросексуальных отношениях или приобретенный гомосексуальный опыт (см. табл. 4.11) воспринимались участниками группы А как признаки полоролевой несостоятельности и обуславливали более частое возникновение сомнений в собственной гетеросексуальности ( $p=0,0001$ ).

1) *Совладающее поведение.* В стремлении к адаптации к проявлениям болезни, т.е. – к компенсации собственной аффективной реакции на медицинские и социальные проблемы, пациенты прибегали к различным вариантам совладающего поведения. Выбор стратегии совладения в значительной степени был определен складом личности.

Нетипичные для сенситивных подростков случаи алкоголизации, наркотизации и самоповреждающего поведения, регистрируемые в группе А, были связаны с аффективной нестабильностью и расстройствами влечения. Данные представлены в таблице 4.12.

**Таблица 4.12. Связь между алкоголизацией, наркотизацией, самоповреждением и дисфориями в группе А**

		Астенические депрессии n (%)	Дисфорические депрессии n (%)	<i>p</i>	<i>V</i>
Алкоголизация	Явная	0 (0)	9 (25)	0,029*	0,34
	Скрытая	1 (4,2)	1 (2,8)		
Наркотизация	Явная	0 (0)	4 (11,1)	0,091	0,21
	Скрытая	0 (0)	0 (0)		
Самоповреждающее поведение	Явное	1 (4,2)	11 (30,6)	0,028*	0,34
	Скрытое	8 (33,3)	12 (33,3)		

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

В качестве способа «ухода от реальности» и «переключения» с негативных эмоций участники основной группы предпочитали виртуальную активность (93,3%,  $n=56$ ). В группе В данный показатель составлял 73,7% ( $n=45$ ) ( $p < 0,0001$ ).

Большинство пациентов с ТСПС (68,3%,  $n=41$ ) сообщили о том, что впервые столкнулись с информацией о расстройствах половой идентичности именно в процессе виртуальной активности.

Суицидальное поведение имело обычный для сенситивных подростков характер с возникающими на фоне переживаний собственной неполноценности повторными вспышками суицидных фантазий без реального намерения осуществления попыток. Пациенты признавали, что фантазии о самоубийстве помогали им в преодолении психосоциального дистресса: планируя суицид, определяя дату собственной смерти, «оставшийся период времени» они посвящали восстановлению утраченных социальных позиций посредством интенсивной учебы и более активной коммуникации со сверстниками («Давал себе срок, чтобы наладить жизнь.... Мысль о том, что я могу это все прекратить, когда захочу, в каком-то смысле придавала сил и снова, пусть и частично, позволяла почувствовать, что я что-то решаю и управляю своей жизнью»). Такое объяснение согласуется с полученными в ходе исследования данными о более частой встречаемости суицидальных идей в группе А при относительно редких случаях совершения попыток самоубийства по сравнению с 1-й контрольной группой (см. ч. 4.2).

Существенную роль при адаптации пациентов к проявлениям ШР и в процессе формирования ТСПС играли подростковые реакции группирования и имитации. Они также имели обусловленные складом личности специфические черты.

Нормативные реакции группирования у сенситивных подростков, согласно данным А.Е. Личко (1983), характеризуются разборчивостью в общении, непереносимостью грубости и развязности, неспособностью быть «белой вороной» в коллективе, особой ранимостью при несправедливых обвинениях или обидах, предпочтением множеству приятелей узкого круга близких друзей, потребностью в постоянстве и эмоциональной насыщенности общения.

По мере того как нахождение в коллективе сверстников становилось для пациентов из группы А дискомфортным, сопряженным с чувством страха перед агрессией, консолидировалось их стремление к поиску новой среды группирования. При этом подростки обнаруживали стремление к преимущественно пассивной коммуникации, предпочитая общение с «лидерами» с позиции «ведомого». При выборе круга общения они руководствовались не столько собственным желанием, сколько интересом к ним со стороны членов компании и их готовностью «принять» пациентов к себе.

Нехарактерным для сенситивных подростков было общение в делинквентных компаниях (16,7%,  $n=10$ ). По этой причине вероятность группирования в асоциальных сообществах в группе В (36,1%,  $n=22$ ) была в 4,2 раза выше, чем в группе А ( $p=0,016$ ) (ОШ=4,27 ДИ 95% [1,65;10,9]). Вступление в маргинальные сообщества пациентов из группы А происходило под влиянием биполярных колебаний настроения и расторможенности влечений ( $p=0,005$ ;  $V=0,36$ ). Девушками с ТСПС такое поведение ретроспективно оценивалось как «мужское», однако на момент реализации оно не имело такого значения в переживаниях пациенток.

О группировании среди представителей противоположного пола сообщили 56,7% ( $n=34$ ) опрошенных из группы А. В группе В – 39,3% ( $n=24$ ) ( $p=0,057$ ). Таким образом, данный вариант совладающего поведения не был специфичен для пациентов с ТСПС. Предпочтение компании лиц противоположного пола у подростков с ШР было обусловлено не нарушением идентификации со своим полом, а, с одной стороны, избеганием конкуренции внутри однополой группы и, с другой стороны, стремлением к формализованному, ограниченному рамками полоролевых норм общению. Кроме того, при группировании с представителями противоположного пола «инакость» пациентов, затрудняющая их адаптацию среди однополых сверстников, оказывалась скрытой за полоролевыми отличиями.

О предпочтении общения в социальных сетях сообщили 93,3% ( $n=56$ ) пациентов из группы А и 73,7% ( $n=45$ ) – в группе В ( $p=0,004$ ). У подростков из основной группы коммуникативная активность в интернете сочеталась с «виртуальным дрейфом», что, как было указано, существенно повышало вероятность столкновения подростков с информацией о расстройствах половой идентификации.

Внутри молодежных субкультурных сообществ группировались 76,7% пациентов из группы А ( $n=46$ ) и 68,9% ( $n=42$ ) – из группы В. Пациенты из группы А тяготели к коллективам, объединенным интересом к музыке, комиксам, японской и корейской культуре, косплею и т.п. Костяк таких коллективов обычно также составляли лица с сенситивными чертами характера.

Реакции имитации – отрицательные и положительные – демонстрировали 71,7% ( $n=43$ ) пациентов из группы А. В группе В данный показатель составлял 44,2% ( $n=27$ ) ( $p=0,037$ ).

Отрицательные реакции имитации проявлялись обесцениванием норм поведения, предписанных в отвергающем пациентов микросоциуме. В дебюте ШР 71,7% ( $n=43$ ) пациентов из группы А начинали отвергать принятые в среде их окружения правила полоролевого поведения. Юноши протестовали против социальных установок, отождествляющих мужественность с агрессивностью, грубостью, решительностью, лидерскими амбициями и, соответственно, требующих от них проявления этих качеств. Девушки выражали недовольство по поводу предъявляемых им стандартов внешнего вида, включающих аккуратность, чистоплотность, ношение подчёркивающей фигуру одежды, нанесение макияжа, а также норм поведения – коммуникабельности, стремления к привлечению внимания к себе, миролюбия, способности к флирту и т.п. Своих сверстников пациенты называли «глупыми», «неинтересными», «безнравственными»,

«агрессивными». В разговорах с членами семьи критиковали родительский образ жизни, заявляя о «нежелании жить, как они».

Положительные реакции имитации выражались в подражании внешнему облику и поведению знакомых, знаменитостей, вымышленных персонажей, носителей субкультуры. Подражание лицам из собственного окружения наблюдалось у 45% ( $n=27$ ) пациентов из группы А и первоначально было обусловлено стремлением к восстановлению адаптации через общение с более успешными сверстниками. В группе В такое подражание было отмечено у 27,9% ( $n=17$ ) пациентов ( $p=0,03$ ). Юноши стремились находиться в обществе коммуникабельных, смелых, пользующихся всеобщим уважением приятелей. Девушки тянулись к внешне привлекательным, общительным подругам. Выбор объекта подражания происходил исходя не только из социальной успешности, но и на условии доброго отношения данного лица к пациенту и возможности поддержания пассивной коммуникации. Общение с этим человеком, подражание ему (нередко – защита при его помощи от обидчиков) способствовали эмоциональному облегчению. На этом фоне 43,3% ( $n=26$ ) пациентов описали возникновение контрастных гомоэротических и гомосексуальных фантазий по отношению к объекту имитации. Не находя компромисса между эгодистоническим характером этих переживаний и неспособностью прервать отношения, пациенты испытывали выраженный эмоциональный дистресс. Постепенно сам этот дистресс становился источником компенсации эмоциональных нарушений: гомосексуальные фантазии, сопровождаемые внутренним сопротивлением, обеспечивали временное «переключение» с изначальных, казавшихся непреодолимыми переживаний, связанных с социальными проблемами. На этом фоне эгодистонический окрас гомосексуальных переживаний постепенно ослабевал и начинали трансформироваться фантазии. В 21,7% ( $n=8$ ) случаев положение такого «лидера» в глазах пациентов занимали подростки, позиционировавшие себя в качестве трансегнедров.

Подражая членам микросоциальной ячейки или субкультуры, 21,7% ( $n=13$ ) подростков из группы А окрашивали волосы в яркий цвет (притом была характерна многократная смена цвета волос), 13,3% ( $n=8$ ) подростков прибегали к нанесению татуировок и пирсинга.

Мотивы имитации облика и поведения вымышленных персонажей и знаменитостей, наблюдаемой в 16,7% ( $n=10$ ) и 13,3% ( $n=8$ ) случаев соответственно, были в большей степени определены психопатологической симптоматикой – трудностями эмоционально-волевой саморегуляции, переживанием ощущения дезавтоматизации их чувств и мыслей, обсессивной симптоматикой. Об этом свидетельствуют сопоставимые данные в группе В: подражали знаменитостям 21,3% ( $n=13$ ) пациентов, вымышленным персонажам – 9,8% ( $n=6$ ) пациентов. Кроме того, была выявлена связь между наличием в клинической структуре ШР дисфорий и выраженностью подражательного поведения. Данные представлены в таблице 4.13.

**Таблица 4.13. Выраженность подражательного поведения (имитации) у пациентов из группы А в зависимости от аффективного фона**

Выраженность подражательного поведения	Астенические депрессии n (%)	Дисфорические депрессии n (%)	<i>p</i>	<i>V</i>
Нет	10 (41,7%)	13 (36,1%)	0,037*	0,37
Да слабо выражена	5 (20,8%)	1 (2,8%)		
Умеренно выражена	9 (37,5%)	17 (47,2%)		
Максимально выражена	0 (0%)	5 (13,9%)		

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Процесс подражания сопровождался психической мобилизацией и самоконтролем, обеспечивавшими временное преодоление рефлексии и эмоциональных нарушений. Объектами имитации становились люди и персонажи, наделенные необычными, экстремальными в глазах пациентов особенностями внешности и поведения. Выбор «кумира» обычно совершался в процессе «виртуального дрейфа», при случайном столкновении с

соответствующей информацией. В контексте исследуемой темы обращают на себя внимание случаи, когда подростки фиксировались на знаменитостях и персонажах противоположного пола либо тех, чей образ был сопряжен с нарушением полоролевых стереотипов. Однако это было связано не с инверсной идентификацией пациентов, а со стремлением к приобретению нового эмоционального опыта через созерцание необычного, находящегося на грани субъективной приемлемости.

### *Половая предрасположенность*

Явное превалирование девушек среди включённых в группу А пациентов (1:1,85), с одной стороны, отражает наблюдаемую нами тенденцию обращаемости подростков с ТСПС, с другой – воспроизводит результаты наблюдений коллег (Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012; Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021; Г.Е. Введенский, 2022). Между тем возникновение ТСПС не является редкостью и для юношей, что позволяет с большой степенью вероятности исключить существование биологически обусловленной половой предрасположенности.

Механизмы большей подверженности пациенток с ШР к полоролевым нарушениям могут быть объяснены, по нашему мнению, с нескольких позиций. Во-первых, девушки-подростки демонстрируют более явную склонность к дисморфофобическим переживаниям (Ковалев В.В., 1985). Во-вторых, девушки традиционно обнаруживают более высокий уровень толерантности, в то время как среди юношей широко распространено негативное отношение к гомосексуальности, трансвестизму и расстройствам половой идентификации (Петинова Т.М., Гридина В.В., 2018; Чудинова Н.А., 2018).

Кроме того, в нашем исследовании юноши обнаруживали значительно большую устойчивость сексуального влечения в условиях дебюта ШР. О мастурбации юноши сообщали в 7,3 раза чаще девушек (ОШ=0,136 ДИ95%

[0,028;0,667]). Так, подростки мужского пола из группы А подтвердили мастурбацию в 90,5% ( $n=19$ ) случаев, подростки женского пола – в 56,4% ( $n=22$ ) случаев ( $p=0,007$ ;  $V=0,3$ ). Об отсутствии сексуального интереса сообщали 42,9% ( $n=9$ ) юношей, в то время как девушки отрицали наличие полового влечения в 76,9% ( $n=30$ ) случаев. Юноши в дебюте ШР выражали исключительно гетеросексуальное влечение (57,1%,  $n=12$ ), девушки – гетеро- (7,7%,  $n=3$ ), би- (7,7%,  $n=3$ ) и гомосексуальное (7,7%,  $n=3$ ) влечение ( $p=0,0001$ ;  $V=0,56$ ).

Таким образом, складывается впечатление, что для возникновения сомнений в полоролевой идентификации и тем более для ее отвержения у юношей требуется наличие дополнительных факторов, оказывающих деструктивное влияние на их социальную презентацию в мужской половой роли и сексуальную сферу. К таким факторам, согласно полученным нами данным, относятся следующие.

1. *Систематические упрёки и насмешки, затрагивающие полоролевою или сексуальную сферу, со стороны членов микросоциальной среды.* В преморбидном периоде юноши из группы А подвергались затрагивающим полоролевою сферу упрёкам и насмешкам в 9 раз чаще ( $p=0,001$ ;  $V=0,4$ ) (ОШ=0,11; ДИ 95% [0,26;0,479]) в семье и в 15,8 раза чаще – в коллективе сверстников ( $p=0,001$ ;  $V=0,5$ ) (ОШ=0,063 ДИ 95% [0,015;0,269]). Они демонстрировали более выраженные трудности адаптации в однополом коллективе ( $p=0,0001$ ;  $V=0,75$ ). Как высокую степень своей адаптации оценивали 23,8% ( $n=5$ ) юношей и 66,7% ( $n=26$ ) девушек из группы А, как низкую – 66,7% ( $n=14$ ) и 0% ( $n=0$ ) соответственно. В группе А вербальной и физической агрессии в мужском коллективе чаще подвергались юноши (66,7%,  $n=14$ ), девушки – преимущественно вербальной со стороны сверстников обоих полов (33,3%,  $n=13$ ) ( $p=0,0001$ ;  $V=0,75$ ).

2. *Персевераторно-обсессивная мастурбация, характеризующаяся чертами навязчивого влечения* (Васильченко Г.С. и соавт., 1990), была

описана у 36,7% ( $n=22$ ) пациентов из группы А и у 29,5% ( $n=18$ ) пациентов из группы В ( $p=0,4$ ). Сопровождаясь эгодистонией, чувством вины и борьбой мотивов, обсессивная мастурбация способствовала вначале закреплению у подростков неприязни к себе по причине неспособности к соблюдению собственных этических установок, а затем – отвержению ими этих установок. Одновременно с этим укреплялось амбивалентное отношение подростков к гениталиям как к источнику эмоциональной разрядки, с одной стороны, и как к причине мучительного переживания неприязни к себе – с другой. Персевераторно-обсессивная мастурбация была описана у 57,2% ( $n=12$ ) юношей и у 25,6% ( $n=10$ ) девушек из группы А ( $p=0,013$ ).

Представленные данные согласуются с описанием А.Е. Личко (1983) сенситивной акцентуации характера: «Источником угрызений у подростков мужского пола зачастую служит столь частый в этом возрасте онанизм. Возникают самообвинения в «гнусности» и «распутстве», жестокие укоры в неспособности удержаться от пагубной привычки. Онанизму приписываются также собственное слабование, робость и застенчивость, неудачи в учебе вследствие якобы слабеющей памяти или свойственная иногда периоду усиленного роста худоба, диспропорциональность телосложения и т.п.»

3. *Влечение к «анальной мастурбации»* выявлялось у 13,3% ( $n=8$ ) пациентов из группы А и у 4,9% ( $n=3$ ) пациентов из группы В ( $p=0,0001$ ). Во всех случаях это были юноши ( $p=0,001$ ;  $V=0,53$ ). Согласно описаниям пациентов из группы А, испытываемое ими влечение к сексуальному удовольствию при стимуляции анального отверстия ассоциировалось у них с гомосексуальностью, а гомосексуальность – с недостаточной мужественностью, унижением, аморальностью, маргинальностью.

### *Социальная predisпозици*

В качестве специфических микросоциальных детерминант возникновения ТСПС у подростков с ШР были выделены следующие.

1) *затрагивающие полоролевою сферу насмешки и упреки со стороны членов семьи и нарушения полового воспитания.* Как было указано в ч. 4.1.4 данной работы, до дебюта ШР участники группы А чаще пациентов из группы В сталкивались с направленными на полоролевые признаки или полоролевое поведение насмешками и упреками в семье. Эмоционально привязанные к родителям, ранимые, мнительные, склонные к рефлексии и легко подверженные формированию чувства вины и собственной неполноценности, эти дети болезненно реагировали на подробные замечания и легко фиксировались на своих «недостатках». Таким образом, ощущение полоролевой несостоятельности у этих подростков было обусловлено фрустрированной потребностью в соответствии социальным нормам, а также чувством вины из-за неодобрения родителями результатов их стараний.

Дисгармония полового воспитания (см. ч. 4.1.4), также чаще регистрируемая в группе А, приводила к искажению представления пациентов о нормах сексуального и полоролевого поведения. Это, в свою очередь, обуславливало возникновение негативного восприятия подростками собственных полоролевых качеств или отвергание ими необходимости следовать соответствующей полу социальной роли.

2) *появление в ближайшем окружении пациентов сверстников, позиционирующих себя в качестве «трансгендеров».* Об общении с «друзьями-трансгендерами» до возникновения ТСПС сообщили 21,7% ( $n=8$ ) участников группы А. Во всех случаях это были значимые члены окружения, пользующиеся в глазах пациентов авторитетом и доверием.

К неспецифической микросоциальной predisпозиции были отнесены насмешки, проявления вербальной и физической агрессии в коллективе сверстников (см. рис. 4.4). По нашему наблюдению, эти проблемы были обусловлены не особенной враждебностью окружающей среды, а повышенной уязвимостью пациентов с сенситивными чертами характера и

трудностями коммуникации перед обычными для подросткового возраста межличностными конфликтами.

Как было указано в ч. 4.2. наиболее распространенным способом совладения с дистрессом у обследованных подростков как из группы А (93,3%,  $n=56$ ), так и в группе В (73,7%,  $n=45$ ) было использование информационных технологий – общение в социальных сетях, просмотр видеороликов, «дрейф» в Сети. Именно в процессе этой активности у 68,3% ( $n=41$ ) подростков происходило первое столкновение с информацией о «трансгендерности» и изменении пола. Кроме того, все участники основной группы ( $n=60$ ) подтвердили, что использовали интернет для получения информации о расстройствах половой идентификации. При этом пациенты с ТСПС ( $n=60$ ) отмечали легкую доступность соответствующего контента и популярность данной темы в молодежной среде. Эти данные соответствуют сведениям о повышении активности LGBTQ-движения в медиапространстве в течение последнего десятилетия, а также о популяризации в течение этого периода времени в молодежной среде связанных с расстройствами половой идентификации тем (Shrier A., 2020; Добряков И.В., Фесенко Ю.А., 2022).

Таким образом, в качестве специфических факторов предрасположения со стороны макросоциума были выделены следующие:

- 1) *усиление влияния LGBTQ-движения в медиапространстве;*
- 2) *популяризация в подростковой среде тем, связанных с расстройствами половой идентификации.*

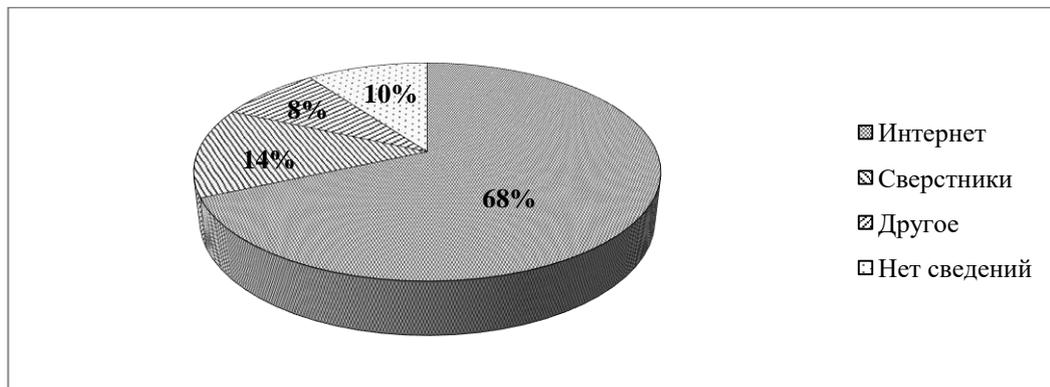
По нашему наблюдению, специфическая макросоциальная predisпозиция, как и описанная выше личностная, имеет критическое значение для формирования ТСПС.

В качестве неспецифического макросоциального условия мы рассматривали повышение доступности высокоэффективных средств потребления и передачи информации.

### 4.3.2. Этап инициации

Этап инициации дебютировал с получением подростками опыта компенсации аффективных и невротоподобных расстройств в процессе случайного потребления информации о «трансгендерности», изменении пола и т.п. Возраст ознакомления с этой информацией у пациентов из группы А составлял  $14 \pm 1,06$  года.

Упомянутые выше данные об источниках получения подростками информации о расстройствах половой идентификации отображены на рисунке 4.5.



**Рисунок 4.5. Источники получения информации о расстройствах половой идентификации подростками с транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве**

Следует указать, что нами не были зафиксированы случаи одномоментного появления идеи об изменении пола по типу «озарения», описанные в предшествующих исследованиях (Кулиш С.Б., 2009; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012; Введенский Г.Е., 2022). Стартовав под преимущественным влиянием подростковых реакций имитации и группирования, личностных, макро- и микросоциальных факторов на этапе predisposition, отвергание пола во всех наблюдаемых нами примерах происходило постепенно, представляя собой более или менее явную последовательность преобразований внешности, мировоззрения и поведения

пациентов, венцом которых было принятие ими «трансгендерной идентификации». Этот процесс и был обозначен нами как «инициация».

Обретение знания о возможности радикального изменения внешности, образа жизни и социального статуса через «трансгендерный переход» сопровождалось возникновением противоречивой, но яркой эмоциональной реакции. Изумление, замешательство, недоверие, возмущение и любопытство, переживаемые подростками в попытке осмыслить кажущуюся им фантастикой информацию, обеспечивали временную компенсацию мучительной рефлексии. Достигаемая таким образом психическая релаксация действительно имела острый характер и приводила к немедленной фиксации особого внимания пациентов на данной теме и провоцировала поисковую активность. Однако отождествления себя с «трансгендерами» при этом не происходило. С целью поддержания когнитивной мобилизации и ощущения эмоционального комфорта подростки начинали в растущем количестве потреблять информацию о «трансгендерности». Как было указано в ч. 3.3. данной работы, при выборе источников получения этой информации они отдавали явное предпочтение отдавали непрофессиональным ресурсам – форумам, видеоблогам, постам в социальных сетях и т.п. (96,7%,  $n=58$ ). Здесь пациенты обнаруживали наиболее эмоционально насыщенные, спорные, бросающие вызов их мировоззрению суждения, а также описания идентичных их собственным переживаний, изложенных лицами, относящими себя к «трансгендерам». Во всех случаях эти сведения описывали данный феномен с точки зрения «гендерной идеологии», в качестве нормативного, но несправедливо стигматизированного в обществе варианта самовосприятия. При этом под «трансгендерностью» понимался крайне широкий спектр полоролевых нарушений, включающий наравне с тотальной инверсией полового самосознания транзиторные сомнения в собственной идентификации или трудности соотнесения себя с какой-либо половой ролью. «Трансгендерам»,

как часто подчёркивалось на таких ресурсах, свойственны недовольство собственной внешностью и полоролевым статусом, ощущение «инакости», отчуждённости от окружающих и мучительное переживание одиночества, суицидальные тенденции и самоповреждающее поведение. Утверждалось, что «трансгендерная идентичность» может не соотноситься с внешним видом и сексуальным поведением, оставаться не замеченной окружающими и даже не осознаваться самими пациентами в течение значительной части их жизни. В статьях и лекциях LGBTQ-активистов, в постах в социальных сетях, в видеоблогах, интервью, фотографиях и т.п. пациенты обнаруживали сообщения о положительном опыте преодоления депрессии, суицидальных мыслей, недовольства собой и социальной изоляции посредством принятия себя в качестве «трансгедера» и группирования среди лиц со сходными переживаниями.

В дальнейшем они начинали общение с лицами, позиционирующими себя в качестве гомосексуалов, «трансгендеров», LGBTQ-активистов. В некоторых случаях первый опыт такого общения был непреднамеренным. Узнав о самоидентификации нового знакомого, изначально безразличное или отрицательное отношение к «трансгендерности» вступало в противоречие с симпатией к собеседнику, что сперва вызывало интерес, а затем приводило к полярному изменению позиции пациента. Привлекательными для подростков из группы А чертами «трансгендерных сообществ» были миролюбие и благожелательность как неотъемлемый элемент внутригрупповой коммуникативной культуры, ориентация на абстрактные идеи свободы, пацифизма и равенства слабых перед сильными, противопоставление себя «устаревшим» общественным нормам, стремление к консолидации с целью совместного противостояния враждебной социальной среде. Получив в процессе этих бесед положительное эмоциональное подкрепление в виде слов поддержки и сочувствия, демонстрации готовности собеседников к активному поддержанию коммуникации, пациенты начинали группироваться

в данной среде. О регулярном общении с лицами, позиционирующими себя «трансгендерами», в период, предшествующий возникновению ТСПС, заявили 70% ( $n=42$ ) подростков из основной группы. Пациенты указывали, что такое общение оказывалось значительно более эффективным средством совладания с обсессивными переживаниями, чем простое потребление информации.

В процессе группирования пациенты перенимали внешнюю атрибутику, специфический жаргон, культурные предпочтения и политические взгляды членов сообщества. Вокруг усилившейся потребности в самоидентификации через принадлежность к группе у подростков происходила консолидация разрозненных переживаний, относящихся самооценке внешности, интеллектуальных и моральных качеств, аффективному состоянию, сексуальной сфере, полоролевому поведению. Согласно описаниям, предоставленным 65% ( $n=39$ ) участников группы А, в процессе инициации они начинали относить себя к гомо- или бисексуалам и лишь позже – к «трансгендерам». О приверженности идеям феминизма до «осознания себя трансгендерами» сообщили 18,3% ( $n=11$ ) пациентов. У 23,3% ( $n=14$ ) возникновению стремления к перенемению пола предшествовали идеи о наличии психического расстройства в виде «пограничной личности», «биполярного аффективного расстройства», «аутизма», «гомицидомании», также возникшие на фоне потребления соответствующей информации. На этом этапе в клинической картине ШР также возникали зоосадистические и диссоциативные переживания.

Мысли о принадлежности к «трансгендерам» первоначально имели эгодистонический окрас. По этой причине пациенты предпринимали попытки прекратить просмотр контента, однако неизменно возвращались к нему в связи с актуализацией рефлексии и аутоагрессивных влечений. Идеи о принадлежности к «трансгендерам» на этом фоне приобретали амбивалентный, а затем и эгосинтоничный характер. В 13,3% ( $n=8$ ) случаях

их закреплению способствовал опыт обращения к психологу или психиатру, который по результатам поверхностной оценки жалоб выражал поддержку трансролевому позиционированию подростка и предоставлял рекомендации по изменению пола.

### 4.3.3. Этап трансформации

Этапы predispositions (клинический элемент) и инициации ТСПС протекали в структуре инициальной стадии атипичного затяжного пубертатного приступа юношеской шизофрении. Переход на этап трансформации происходил в возрасте  $15,4 \pm 0,99$  лет и знаменовал собой манифест приступа. В тот же период трансролевое поведение пациентов становилось объективно определяемым.

Изменение идентификации и полоролевого поведения представлено в таблице 4.14.

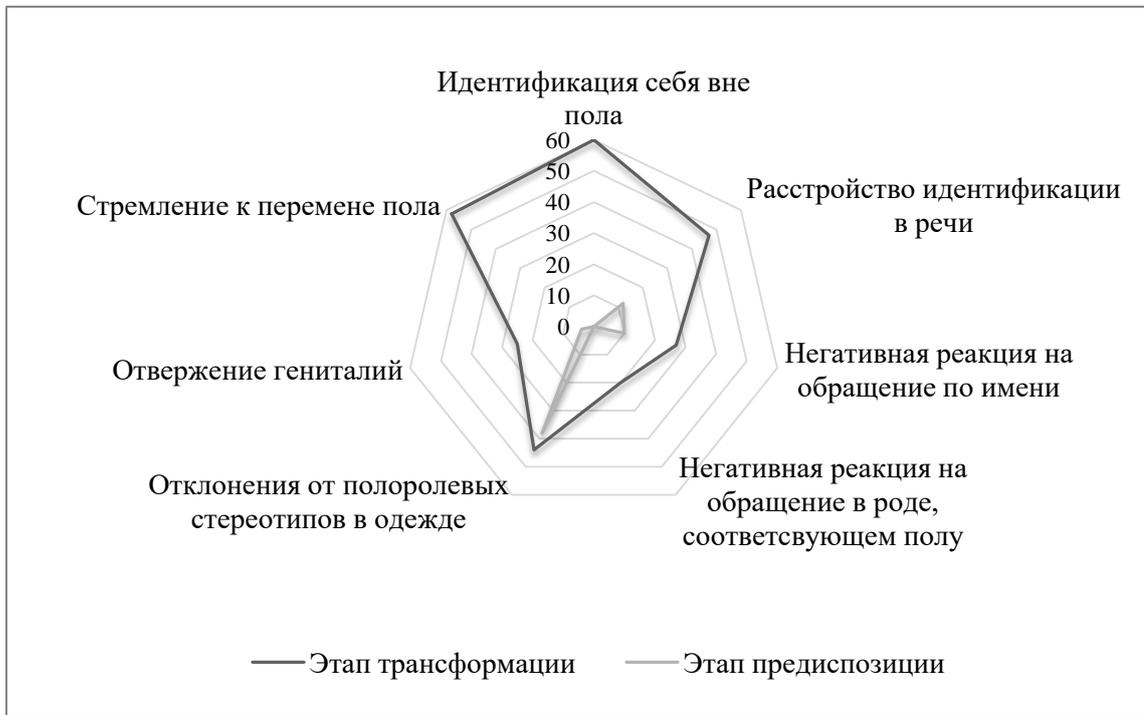
**Таблица 4.14. Изменение идентификации и полоролевого поведения на этапе трансформации**

Характеристики полоролевого поведения		Группа А n (%)		p
		Этап predispositions	Этап трансформации	
Половая идентификация	Нормативная	60 (100)	0 (0)	<0,001*
	Инверсная	0 (0)	12 (20)	
	Трансгендер	0 (0)	36 (60)	
	Транссексуал	0 (0)	1 (1,7)	
	Человек без пола	0 (0)	6 (10)	
	Другое	0 (0)	6 (13,6)	
Половая идентификация в речи	Соответствует полу	48 (80)	13 (21,7)	<0,01*
	Исключительно в инверсном роде	0 (0)	6 (10)	
	Избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе соответственно полу	7 (11,7)	27 (45)	
	Избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе в инверсном роде	0 (0)	4 (6,7)	

Реакция на обращение по имени	Нейтральная	50 (83,3)	33 (55)	0,006*
	Негативная	10 (16,6)	27 (45)	
Реакция на обращение в роде, соответствующем полу	Нейтральная	60 (100)	40 (66,7)	<0,001*
	Негативная	0 (0)	20 (33,3)	
Кросс-дрессинг	Отсутствие	22 (36,7)	16 (26,7)	<0,019*
	Полный кросс-дрессинг	1 (1,7)	12 (20)	
	Стиль «унисекс»	32 (53,3)	27 (45)	
	Отдельные элементы	5 (8,3)	4 (6,7)	
	Другое	1 (1,7)	1 (1,7)	
Отвержение гениталий	Нет	56 (93,3)	35 (58,3)	<0,0001*
	Да	4 (6,7)	25 (41,7)	
Стремление к изменению пола	Нет	60 (100)	2 (3,3)	0,01*
	Перемена имени с возможностью позиционировать себя в иной половой роли в кругу близких	0 (0)	4 (6,7)	
	Стремление к изменению социального, гражданского и гормонального пола	0 (0)	6 (10)	
	Стремление к изменению социального, гражданского, гормонального пола и проведение частичной хирургической коррекции пола (без изменения гениталий)	0 (0)	26 (43,3)	
	Стремление к полной половой трансформации	0 (0)	18 (30)	
	Другое	0 (0)	2 (6,7)	

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$  согласно критерию  $\chi^2$

Графическое изображение данных об изменении идентификации и полоролевого поведения на этапе трансформации представлено на рисунке 4.6.



**Рисунок 4.6. Изменение идентификации и полоролевого поведения на этапе трансформации**

После инициации подростки начинали позиционировать себя вне своего пола, соответственно принятым в сообществе «трансгендеров» вариантам идентификации. Существенные изменения претерпевала и речь пациентов. По сравнению с этапом predisпозиции на 58,3% снизилось число пациентов из группы А, использующих по отношению к себе соответствующие полу родовые окончания. На 33,3% увеличилось количество пациентов, избегающих использования родовых окончаний, но при необходимости говорящих о себе соответственно полу, на 6,7% – число пациентов, избегающих использования родовых окончаний, но при необходимости говорящих о себе в инверсном роде, 10% ( $n=6$ ) подростков стали говорить о себе исключительно инверсно.

Количество подростков, у которых наблюдались нарушения полоролевых стереотипов в одежде и прическах увеличилось до 73,3% ( $n=44$ ;  $p<0,019$ ) и 45% ( $n=27$ ;  $p<0,001$ ) соответственно.

Число лиц, заявляющих о своей гомосексуальности, в группе А повысилось в 5 раз (26,7%,  $n=16$ ) ( $p=0,004$ ; ОШ=5 ДИ 95% [1,589;16,315]).

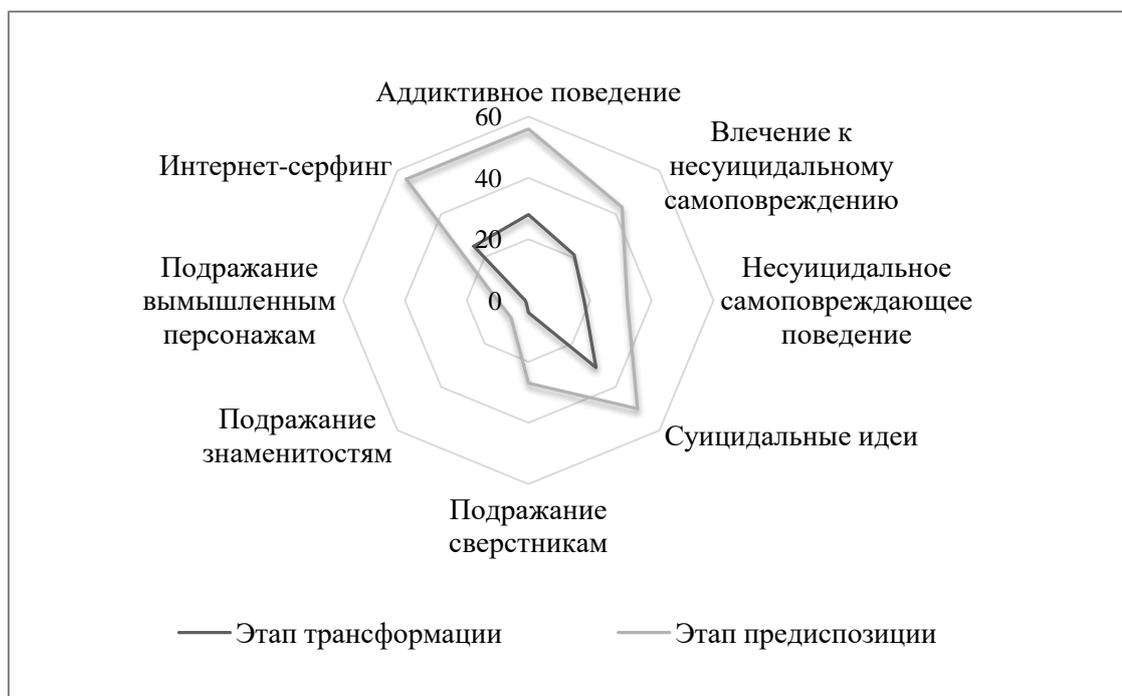
В 4,32 раза снизилось количество пациентов, оценивающих свои гомосексуальные фантазии как эгодистоничные (15%,  $n=9$ ) ( $p<0,001$ ; ОШ=0,231 ДИ 95% [0,096;0,553]).

Стремление к изменению пола пациенты также начинали выражать только после инициации.

Клинико-динамическое исследование феномена ТСПС на этапе трансформации позволило выделить две стадии его развития.

На *первой стадии* этапа трансформации психопатологическое содержание и клиническая картина расстройства половой идентификации у подростков с ШР соответствовали описанию ТСПС I типа (см. ч. 3.3.2). На этой стадии в исследование были включены 36,7% ( $n=22$ ) подростков. Состояние 25% ( $n=15$ ) из них было клинически расценено как продолжающийся инициальный этап юношеской шизофрении, протекающей в виде атипичного затяжного пубертатного криза. Данная оценка соотносится данным о том, что у 58,3% ( $n=35$ ) пациентов проявления первой стадии ТСПС были описаны ретроспективно. У 11,7% ( $n=7$ ) пациентов состояние было расценено как приступ юношеской шизофрении с психастеноподобными расстройствами. Четкой стадийности формирования ТСПС на этапе трансформации в этих случаях не наблюдалось, и отнесение их к первой стадии является условным.

На первой стадии этапа трансформации происходила перестройка механизмов совладания с аффективной и невротоподобной симптоматикой ШР. Графическое изображение изменения структуры совладающего поведения и представлено на рисунке 4.7.



**Рисунок 4.7. Изменение структуры совладающего поведения на этапе трансформации**

Одновременно с группированием среди «трансгендеров» и имитацией их облика, поведения, присвоением их мировоззрения у пациентов из группы А в значительной степени дезактуализировались используемые до инициации механизмы совладания с симптомами ШР. Имитация облика и поведения более успешных сверстников в группе А наблюдалась в 12,65 раз реже по сравнению с этапом predisпозиции (6,7%,  $n=4$ ) ( $p<0,001$ ; ОШ=0,079 ДИ 95% [0,025;0,24]), подражание знаменитостям – в 10 раз реже (1,7%,  $n=1$ ) ( $p=0,016$ ; ОШ=0,1 ДИ 95% [0,013;0,911]), вымышленным персонажам – в 11,7 раз реже (1,7%,  $n=1$ ) ( $p=0,005$ ; ОШ=0,085 ДИ 95% [0,01;0,682]).

В 2 раза снизилось число лиц, прибегающих к аддитивному поведению (46,7%,  $n=28$ ) ( $p<0,001$ ). Притом явное аддитивное поведение регистрировалось у 25% ( $n=15$ ) подростков с ТСПС, скрытое – у 21,7% ( $n=13$ ).

По сравнению с периодом predisпозиции у пациентов из группы А существенно снизилась потребность в «интернет-серфинге» (41,7%,  $n=25$ )

( $p=0,001$ ) и мастурбации (10%,  $n=6$ ) ( $p<0,001$ ). Показатели алкоголизации (10%,  $n=6$ ) ( $p=0,179$ ) и наркотизации (8,5%,  $n=5$ ) ( $p=0,16$ ) изменились незначительно.

Влечение к самоповреждению после инициации регистрировалось в 4,6 раза реже, чем в период predisпозиции (35%,  $n=21$ ) ( $p<0,001$ ; ОШ=0,213 ДИ 95% [0,098;0,461]). Также после обретения «трансгендерной идентификации» существенно сокращалась частота нанесения повреждений (30%,  $n=18$ ) ( $p=0,035$ ).

В группе А в 4,6 раза реже регистрировались суицидальные идеи (51,7%,  $n=31$ ) ( $p<0,001$ ; ОШ=0,214 ДИ 95% [0,092;0,499]). Также в 2,6 раза снизилась интенсивность brutальных суицидальных фантазий (30%,  $n=18$ ) ( $p=0,01$ ; ОШ=0,375 ДИ 95% [0,177;0,794]). Частота суицидальных попыток существенно не изменилась (6,7%,  $n=4$ ).

Пациенты сообщали о значительном улучшении эмоционального состояния, частичной дезактуализации переживаний о недовольстве внешностью после принятия «трансгендерной идентификации». После инициации 70% ( $n=42$ ) подростков начинали трактовать недовольство внешностью исключительно как неприязнь к признакам пола. Диморфофобические переживания, не связанные с полом, активно выражали 3,3% ( $n=2$ ) пациентов из группы А ( $p<0,001$ ). Сходным изменениям подверглись качественные характеристики деперсонализации: испытываемое на этапе predisпозиции ощущение аутопсихической измененности во внутренней картине болезни у 73,3% ( $n=44$ ) пациентов приобретало значение половой дисфории. Подростки утверждали, что «осознали» причины переживаемого ими в течение длительного времени дискомфорта и обрели надежду на избавление от него в будущем посредством «трансгендерного перехода».

Наличие актуальных контрастных навязчивых мыслей диморфофобического, депрессивного, агрессивного или аутоагрессивного

содержания подтвердили лишь 3,3% ( $n=2$ ) подростков с ТСПС ( $p=0,001$ ). Однако 55% ( $n=33$ ) пациентов из группы А демонстрировали резкую актуализацию obsessions в ответ на ограничение возможности «трансгендерного» позиционирования со стороны окружающих. По этой причине пациенты начинали давать резко отрицательную реакцию на попытки обращения к ним по имени (45%,  $n=27$ ) ( $p<0,001$ ) и в соответствующем полу роде (33,3%,  $n=20$ ) ( $p<0,001$ ).

На фоне субъективного снижения выраженности обсессивной симптоматики улучшалось эмоциональное состояние пациентов: наличие депрессии подтвердили 16,9% ( $n=10$ ) пациентов ( $p<0,001$ ), что существенно ниже по сравнению с этапом predisposition ( $p=0,018$ ). При этом данные о смешанных аффективных состояниях (55%,  $n=33$ ) подвергались незначительному изменению.

Переход на *вторую стадию* этапа трансформации происходил при манифесте затяжного атипичного пубертатного приступа. На этой стадии наблюдалось резкое усиление проявлений первой стадии.

Проявления ТСПС у подростков с психастеноподобными париступами были мало отличимы от трансролевых переживаний, возникших на первой стадии этапа трансформации. Эти пациенты не испытывали абсолютной уверенности в своей принадлежности к «трансгендерам» и твердого желания изменить свой пол. При этом, однако, они выражали надежду на то, что отказ от соответствующей полу социальной роли через альтернативное позиционирование, изменение стиля одежды или преобразования внешности обеспечат преодоление испытываемого ими психического дистресса и социальной дезадаптации.

Возникновение ТСПС на фоне манифеста приступа с «метафизической интоксикацией» (20%,  $n=12$ ) сопровождалось обретением подростками «нового» мировоззрения, которое они начинали отстаивать с несвойственной им ранее агрессией. В разговорах с окружающими они транслировали

полученную из общедоступных источников информацию о «трансгендерности», не подвергая ее критическому анализу и не замечая противоречий. Клиническая картина расстройства половой идентификации у этих пациентов соответствовала описанию ТСПС II типа.

ТСПС у пациентов с гебоидными приступами (5%,  $n=3$ ) возникали под влиянием среды группирования. Подростки неудержимо стремились проводить время в компании «друзей», проявляя выраженную агрессию в ответ на попытки сопротивления со стороны членов семьи. Клиническая картина расстройства половой идентификации здесь также соответствовала проявлениям ТСПС II типа.

Подростки с ТСПС, возникающих на фоне манифеста приступа с дисморфофобическими расстройствами (38,3%,  $n=23$ ), стремились преимущественно или исключительно к трансформации телесных половых признаков (черт лица, фигуры, молочных желез, полового члена и т.д.). Смена гражданского статуса, обретение нового имени, возможность позиционировать себя в обществе вне пола были для них гораздо менее ценными. Клиническая картина расстройства половой идентификации у них определялась проявлениями ТСПС III типа.

### **Резюме**

Установленные в ходе проведенного исследования условия дебюта, а также динамические характеристики ШР у пациентов с ТСПС, как и психопатологическое описание, соответствуют картине юношеской шизофрении, протекающей в виде затяжного атипичного пубертатного приступа (Цуцульковская М.Я., 1999 (1)).

Изучение динамики ТСПС при ШР у подростков позволило выделить три этапа формирования данного феномена: 1) этап predisпозиции; 2) этап инициации; 3) этап трансформации.

Предиспозицию к ТСПС у подростков с ШР составляли, с одной стороны, возникший в условиях психосоциальной дезадаптации субъективно значимый и затяжной полоролевой конфликт, с другой – обстоятельства, в связи с которыми преодоление этого конфликта становилось возможным в глазах пациента только посредством отказа им от обусловленной полом социальной роли. Сопоставление количественных и качественных характеристик клинической картины ШР и ретроспективных описаний преморбидного периода в группах А и В позволило выделить специфические и неспецифические факторы предрасположения к ТСПС. К специфическим были отнесены условия, действующие исключительно или преимущественно в группе А и формирующие, таким образом, наиболее существенные различия между больными ШР с ТСПС и без трансролевых переживаний. В качестве неспецифических были обозначены факторы, выявляемые у пациентов с ШР независимо от наличия ТСПС, а также условия, роль которых в генезе трансролевых переживаний была опосредована влиянием специфических факторов. Предрасположение включало клинический, половой, личностный и социальный компоненты.

*1) Факторы клинической предиспозиции*

- неспецифические: аффективные расстройства; деперсонализация; навязчивые мысли; дисморфофобические переживания; синдром метафизической интоксикации; специфические расстройства мышления.

*2) Факторы личностной предиспозиции*

- специфические: сенситивный личностный радикал.

*3) Факторы половой предиспозиции*

- неспецифические: женский пол.

*4) Факторы социальной предиспозиции*

- специфические: нарушения полового воспитания; появление в ближайшем окружении пациентов сверстников, позиционирующих

себя в качестве «трансгендеров»; усиление влияния LGBTQ-движения в медиапространстве; популяризация в подростковой среде тем, связанных с расстройствами половой идентификации.

- неспецифические: насмешки, затрагивающие полоролеву сферу, в коллективе сверстников; повышение доступности высокоэффективных средств потребления и передачи информации.

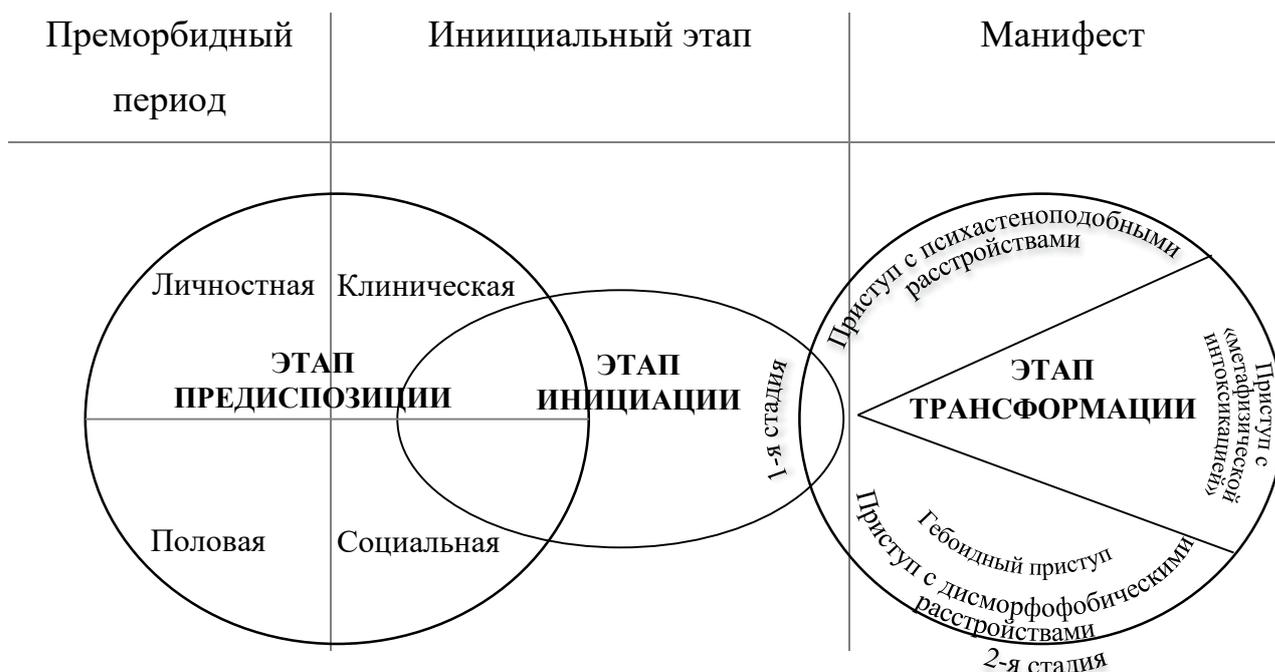
С целью совладения с дистрессом и временной компенсации аффективных и невротоподобных расстройств пациенты прибегали к реакциям группирования и имитации, а также аддиктивному и аутоагрессивному поведению. При этом выбор вариантов совладания был в значительной степени определен специфической личностной и специфической социальной predisпозицией. По мере прогрессивности заболевания адаптогенные возможности применяемых способов совладения снижались, что побуждало пациентов к поиску новых.

На этапе инициации происходило индуцирование подростков идеей о принадлежности к «трансгендерам». В качестве индукторов выступали: информационная среда; лица, позиционирующие себя в качестве «трансгендеров»; психиатры и психологи. Данный этап дебютировал с получением подростками опыта компенсации аффективных и невротоподобных нарушений в процессе случайного потребления субъективно девиантной информации о «трансгендерности», изменении пола и т.п. С целью поддержания этого эффекта пациенты начинали активно изучать информацию о полоролевых нарушениях и затем и группироваться в соответствующих сообществах. Это сопровождалось постепенным изменением структуры совладающего поведения с вытеснением одних его форм и преобразованием других. Так, пациенты начинали реже прибегать к обсессивной мастурбации, аддиктивному и аутодеструктивному поведению. Реакции группирования и имитации, напротив, заострялись, но, реализуясь в новом микросоциуме, подвергались качественным изменениям. При этом в

течение периода инициации, составляющем от нескольких месяцев до года, пациенты сохраняли нормативную половую идентификацию, перенимая лишь мировоззренческие установки, лексику и отдельные атрибуты внешности членов новой среды группирования.

На этапе трансформации происходило изменение облика и поведения пациентов согласно их представлению о «трансгендерах». При этом клиническая картина этого этапа, как и мотивы трансформации, были неоднородны и подвержены стадийному патоморфозу. На первой стадии этапа трансформации изменения внешности и поведения происходили на фоне постепенного усугубления аффективной и невротоподобной симптоматики и были обусловлены усилением потребности подростков механизмах совладения, реализуемых в виде группирования в сообществе «трансгендеров», подражания его членам и отождествлении себя с ними. Переход на вторую стадию этапа трансформации происходил на фоне манифеста затяжного атипичного пубертатного приступа. Здесь наблюдалось усиление поведенческих нарушений, возникновение или резкая актуализация идей о необходимости изменения пола.

Соотношение этапов формирования ТСПС и динамики затяжных атипичных пубертатных приступов юношеской шизофрении представлены на рисунке 4.8.



**Рисунок 4.8. Соотношение этапов формирования ТСПС и динамики затяжных атипичных пубертатных приступов юношеской шизофрении**

На инициальном этапе заболевания происходит: 1) реализация факторов клинической и социальной predisпозиции, а также консолидация их с личностным и половым предрасположением; 2) индуцирование подростков (этап инициации); 3) изменение идентификации, внешности, перестройка совладающего поведения (1-я стадия этапа трансформации).

При манифесте происходит: 1) формирование клинической картины ТСПС, проявления которых в значительной степени определяются клинической структурой атипичного затяжного пубертатного приступа; 2) возникновение явных нарушений поведения.

Описание динамики полоролевого и сексуального поведения пациентов из групп А и с позволило дополнить представленные в главе 3 критерии разграничения ТСПС при ШР и РПИ при ТС.

1) У пациентов с ШР нарушения идентификации и полоролевого поведения возникали по прошествии 2-3 лет, после начала пубертата. Большинство лиц с ТС выражали инверсную (обратную) по отношению к

полу идентификацию или высказывали сомнения в собственной половой принадлежности на основании неспособности идентифицировать себя со своей половой ролью с детского возраста. К подростковому возрасту все пациенты с ТС позиционировали себя исключительно инверсно. У них полностью отсутствовала потребность в «обучении» имитации образа лиц противоположного пола – инверсное полоролевое поведение было для них естественным на протяжении всей их жизни.

2) Психопатологические нарушения у подростков у пациентов с ШР имели характерную для этого заболевания динамику развития, дебютируя в пубертате и сопровождаясь существенным относительно преморбидного склада личности изменением стереотипов реагирования и поведения. У лиц с ТС выраженных изменений поведения и мировоззрения не наблюдалось.

3) Преморбидно пациенты с ШР не обнаруживали признаков инверсной полоролевой социализации. Лица с ТС, испытывая чувство несоответствия между самоощущением и социальными предписаниями, с детского возраста испытывали и выражали дискомфорт при посещении общественных мест, предусматривающих разделение полов, а также при участии в видах деятельности, предусматривающих такое разделение. Мальчики предпочитали преимущественно спокойные, малоподвижные или феминные игры, в качестве игровых предметов выбирали куклы, мягкие игрушки, игрушечную посуду и т.п. Они увлекались рукоделием, приготовлением пищи, охотно помогали матерям в ведении домашнего хозяйства. Девочки играли в подвижные, соревновательные игры с освоением пространства, увлекались силовыми видами спорта, в домашнем хозяйстве стремились к выполнению «мужской» работы. Приоритетными игрушками становились пистолеты, солдатики, машинки и т.п. Девочки увлекались силовыми видами спорта. Также лица с ТС указали на то, что с детского возраста стремились к группированию со сверстниками противоположного пола: мальчики охотно присоединялись к группам

девочек, девочки строили равноправные дружеские отношения с мальчиками.

4) Подростки с ШР преморбидно не обнаруживали признаков гомоэротического влечения. Пациенты с ТС на всех этапах психосексуального развития демонстрировали гомосексуальную ориентацию.

## ГЛАВА 6. РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ С ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

После проведенного комплексного амбулаторного обследования добровольное письменное согласие на лечение дали 70% ( $n=42$ ) участников группы А. В группе В согласие на проведение лечения дали 80,3% ( $n=49$ ) пациентов. Данные о продолжительности наблюдения на этапе лечения в обеих группах представлены в таблице 6.1.

**Таблица 6.1. Продолжительность наблюдения на этапе лечения**

	Продолжительность наблюдения (мес.)			<i>p</i>
	$M \pm SD$	Me [Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> ]	Min-Max	
Группа А	12,56±6,1	12 [6;18]	6-24	0,01*
Группа В	16,73±8,9	18 [6;24]	4-36	

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p \leq 0,05$

### 6.1. Общий подход к терапии

Установленные в ходе проведенного исследования данные о том, что ТСПС у подростков с ШР возникают в структуре юношеской шизофрении, протекающей в виде затяжного атипичного пубертатного приступа, позволяют сформулировать общий подход к терапии.

Согласно имеющимся описаниям, затяжные атипичные пубертатные приступы имеют высокую продолжительность и фармакорезистентный характер (Цуцульковская М.Я., 1999 (1); Цуцульковская М.Я., 1999 (2); Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Бильжо А. Г., 1987). Они характеризуются выраженной нестабильностью проявлений, частой актуализацией продуктивной психопатологической симптоматики, выраженными поведенческими нарушениями, но отличаются благоприятным прогнозом. После манифеста приступа в возрасте 15-17 лет, период активной психопатологической симптоматики продолжается до 20-21 года, после чего начинается постепенная редукция психопатологических проявлений с качественной компенсацией состояния к 23-25 годам.

В соответствии с этим, исследователями рекомендуется проводить длительное лечение, охватывающее весь период юности. Целями терапии является улучшение качества жизни подростков, минимизация неблагоприятных медицинских и социальных влияний болезни посредством коррекции аффективных нарушений, расстройств влечений, сверхценных образований и субпсихотической симптоматики. Для достижения этих целей рекомендована комплексная терапия, включающая психофармакотерапию, психообразовательную и психотерапевтическую работу.

### **6.1.1. Психофармакотерапия**

В «Национальном руководстве» указано, что ШР не имеет определенных терапевтических рекомендаций, либо требует их пересмотра в пользу шизофрении (Александровский А.Ю., Незнанов Н.Г. и соавт., 2018). Утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации стандарт оказания скорой медицинской помощи (2012) является единым для шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств.

В качестве базового средства для лечения ШР как отечественными психиатрами (А.П. Коцюбинский и соавт., 2015), так и зарубежными коллегами (Koenigsberg H.W. et al., 2003; Keshavan M. et al., 2004; Jakobsen K.D. et al., 2017) рассматривается антипсихотическая фармакотерапия. При этом следует признать, что имеющиеся научные данные об особенностях психофармакологических воздействий в отношении проявлений ШР недостаточны для создания универсальных подходов (А.П. Коцюбинский и соавт., 2015; Kirchner S.K. et al., 2018).

В период активного лечения затяжных атипичных пубертатных приступов рекомендовано применение препаратов, обладающих достаточно выраженной интенсивностью седативного и общего антипсихотического действия, а также антидепрессантов и стабилизаторов настроения (Цуцельковская М.Я., 1999 (2)).

При лечении пациентов из групп А и В применялся единый набор психофармакологических препаратов. Лекарственные схемы в каждом случае подбирались индивидуально, на основе имеющихся литературных сведений и методических указаний (Цуцуйковская М.Я., 1999 (2); Коцюбинский А.П. и соавт., 2015; Жмуров В.А., 2016; Шевченко Ю.С. и соавт., 2017; Александровский А.Ю., Незнанов Н.Г. и соавт., 2018; Рыбаковский Я., 2021; Шталь С., 2022), с учетом эффективности и переносимости.

Состав фармакотерапии представлен в таблице 6.2.

**Таблица 6.2. Психофармакотерапия шизотипического расстройства**

<b>Группа лекарственных препаратов</b>	<b>Непатентованные наименования лекарственных препаратов</b>	<b>«Мишени» медикаментозного воздействия</b>
Атипичные антипсихотики	арипипразол, карипразин, сертиндол, кветиапин, клозапин, рисперидон, оланзапин, клозапин, луразидон	Дисфорические состояния, обсессивно-фобический синдром, сверхценные идеи, суицидальные тенденции, аутодеструктивное поведение, субпсихотические проявления
Антипсихотики 1 поколения	трифлуоперазин, галоперидол, перициазин, зуклопентиксол, перфеназин, хлорпромазин, флупентиксол	импульсивное агрессивное и аутоагрессивное поведение
Стабилизаторы настроения	лития карбонат, вальпроевая кислота, окскарбазепин,	Влечение к самоповреждению, суицидальные идеи, аутодеструктивное поведение, аффективные расстройства
Антидепрессанты	кломипрамин, сертралин, эсциталопрам,	Депрессивная симптоматика, обсессивные нарушения

	венлафаксин, милнаципран, флувоксамин, амитриптилин, дулоксетин	
Анксиолитики	диазепам, бромдигидрохлорфенил бензодиазепин, гидроксизин, клонозепам, нитразепам, лорафен	Симптоматическая терапия, направленная на временную коррекцию тревоги, обсессивных переживаний, снижение риска аутодеструктивного и агрессиивного поведения

### 6.1.2. Психообразование и психотерапия

Целью психообразовательной и психотерапевтической работы было поддержание приверженности лечению, повышение адаптивных возможностей пациентов, снижение риска аутоагрессии и минимизация нежелательных социальных и медицинских последствий трансролевого поведения в течение потенциально длительного периода терапии.

В процессе консультирования каждому пациенту и, после подписания достигшим возраста 15 лет подростком информированного согласия, членам его семьи аргументированно и подробно были объяснены суть установленного диагноза, механизм возникновения ТСПС и методы его коррекции. В течение последующего периода лечения психообразовательные беседы проводились по мере необходимости.

Психотерапия проводилась посредством сочетанного использования методик экзистенциальной и когнитивно-поведенческой психотерапии в индивидуальной, групповой и семейной форме.

*Экзистенциальные техники* были направлены на реабилитацию у пациента надежды, построение краткосрочных и долгосрочных целей, принятие ими собственной индивидуальности. Патология пациента в данном подходе рассматривается как уменьшение возможностей для самовыражения.

Отказ от самоопределения и самореализации, болезненная фиксация на вопросах гендера. Для достижения этих поставленных целей терапевт выстраивает конгруентные межличностные отношения на индивидуальных сессиях и в группе. Групповая динамика в экзистенциальной терапии направлена на выявление и демонстрацию того, как поведение каждого члена группы: рассматривается другими; заставляет других чувствовать; создает у других мнение о нем; влияет на их мнение о самих себе. Терапевтические изменения происходят через переживания пациента, понимание и осознание того, что происходит «здесь и сейчас», через феноменологический анализ. Основные техники экзистенциально-гуманистической терапии: фокусировка на процессе, присутствие, техника конфронтации, развитие внутреннего поиска, техника реализации потребности, техника фасилитации принятия решения, метод нахождения смысла, техника интерпритации защит, работа с сопротивлением, применение способов межличностного давления, метод парадоксальной интенции и дерефлексии, метод проработки травматического опыта (работа с биографическим содержанием), экзистенциально-феноменологический анализ зависимости в отношениях.

*Когнитивно-поведенческие техники* были направлены на выработку у пациентов навыков анализа и структурирования информации, ассоциативного мышления, выделения главных и второстепенных проблем и задач, идентификации собственных неадаптивных когниций и замену их на адаптивные копинг стратегии. Для реализации этих задач использовались следующие методики: информирование, дневник чувств, мыслей и реакций, техники выявления автоматических мыслей и иррациональных убеждений, рефокусирование, техника модификации убеждений или метод конструктивного оспаривания, техника «наказания или платы», техника целепологания, метод сексуальной реориентации, техника экспозиции, техника ролевой игры, десенсибилизация, моделирование поведения,

техники мышечной релаксации, дыхательные техники, обучение пациента техникам самогипноза.

В процессе психотерапии пациенты получали домашние задания, которые носили преимущественно индивидуальный характер и зависели от запроса пациентов. Универсальными были рекомендации психотерапевта по сокращению экранного времени, творческой реализации, ведению дневника (ситуация/эмоции/мысли/ реакция/идеальная реакция), посещению суппортивной группы и развитию эмпатии через развитие социализирующих техник, сопереживание, проявление альтруизма к другим членам группы.

*Групповая психотерапия* осуществлялась в закрытых, гомогенных по своему составу коллективах (пациенты с шизотипическим и шизоаффективным расстройством, сохранные пациенты с шизофренией) численностью не более 7 человек. Задачами групповой психотерапии были обучение навыкам коммуникации и стратегиям выражения агрессии, преодоление алекситимии и, в дальнейшем – проработка психотравмирующих событий.

*Семейная психотерапия* с участием родителей пациентов проводилась с целью прояснения терапевтически значимых аспектов психосоциального развития пациента, а также для диагностики нарушений семейной структуры. В зависимости от особенностей выявленной семейной дисфункции и запроса участников терапии проводилась семейная системная психотерапия и супружеские консультации для родителей.

Таким образом, в своей квинтэссенции психотерапия была направлена на социализацию пациента, его самоактуализацию в обществе, а также дифференциацию между внешним миром и своим отношением к нему.

Попытки психотерапевтической коррекции трансролевых переживаний и полоролевого поведения не предпринимались по причине выраженного сопротивления пациентов.

### 6.1.3. Специфика терапии пациентов с транссексуалоподобными состояниями

Как видно, общий план лечения – как фармакологического, так и психотерапевтического – был универсальным для всех больных ШР и не подразумевал каких-либо специальных влияний на ТСПС.

Особенность ведения пациентов из основной группы состояла в нюансах тактики поведения врача, психотерапевта и родителей подростков, обусловленных необходимостью разрешения ряда специфических конфликтов. Сутью этих конфликтов было различное понимание целей лечебно-диагностического процесса его участниками. Нам приходилось наблюдать 3 разновидности таких разногласий.

1) *Конфликт между пациентом и его родителями*, обусловленный возникшей трансролевой идентификацией подростка и его стремлением к перемене пола, в большинстве случаев обуславливал обращение за медицинской помощью (51,7%,  $n=31$ ). Его суть состояла первоначально в отказе родителей от подкрепления патологических реакций имитации и сверхценных идей, а затем – в попытках демонтажа этих реакций посредством контраргументов, запретов, насмешек, угроз и т.п., что становилось причиной дистресса, ауто- и гетероагрессии со стороны подростков.

Преодоление этого конфликта происходило посредством психообразования родителей, семейной психотерапии и индивидуальной психотерапии родителей. Существенным препятствием этому служили патологические реакции оппозиции и дисфорические состояния у пациентов.

2) *Конфликт между врачом/психотерапевтом и пациентом* в различной выраженности сохранялся на всех этапах лечения. На этапе диагностики у 81,7% ( $n=49$ ) он проявлялся различием представлений о цели психиатрического обследования. Формально соглашаясь с необходимостью

проведения дифференциальной диагностики для исключения психических расстройств и даже с наличием у себя признаков этих расстройств, пациенты демонстрировали заинтересованность исключительно в подтверждении своего суждения о наличии у них ТС. Их поведение в процессе обследования определялось стремлением к укреплению совладающего поведения или – к получению возможности реализации бредовой дисморфоманической идеи. На уточняющие вопросы, позволяющие обнаружить недостоверные данные, подростки с ТСПС реагировали болезненно, что, однако, редко приводило к отказу от дальнейшей беседы. В разговорах с членами ближайшего окружения они обвиняли врача в недоверии к их словам, в «трансфобии» и приверженности «устаревшим взглядам». Конфликт достигал пика после объявления диагноза и констатации отсутствия у них показаний к изменению пола. Отказались от лечения на этом этапе 18,3% ( $n=11$ ) пациентов. В дальнейшем, 54,5% ( $n=6$ ) из них негативно отзывались об опыте обследования, 36,4% ( $n=4$ ) – написали отрицательные отзывы на различных виртуальных платформах. При этом реальные обстоятельства в значительной степени искажались: пациенты заявляли о насмешках и недоброжелательных взглядах в их сторону, выражали убежденность в наличии «сговора» между врачами и родителями, писали об угрозах и активных враждебных действиях, направленных против них и их окружения.

Независимо от мотивов, по которым подростки с ТСПС соглашались на лечение, большинство из них длительное время продолжали выражать альтернативную идентификацию и периодически возвращались к обсуждению установленного диагноза и причин отказа в выдаче им справки об изменении пола.

Результаты исследования, изложенные в предыдущих главах данной работы, позволяют утверждать, что в основе этого конфликта лежит, в первую очередь, психопатологическая симптоматика – ригидные механизмы совладания, сверхценные и бредовые идеи, подозрительность, сенситивные

идеи отношения и толкования. По этой причине его полное преодоление возможно только посредством успешной коррекции ШР, что, в свою очередь, требует времени и комплаенса. Кроме того, борьба «за свои права», «против непринятия обществом», «против карательной психиатрии» и т.п. являются неотъемлемыми элементами сложившегося в современной культуре образа «трансгендера». В связи с этим попытки открытого противостояния трансролевому поведению пациентов приводили к еще большему их отождествлению себя с трансгендерами.

Для решения этой проблемы была избрана тактика поведения, которая может быть условно названа «нейтралитетом». Ее суть состояла в концентрации терапевтических усилий на коррекции психопатологии и социальной дезадаптации подростков при отказе от попыток непосредственного воздействия на идентификацию пациентов и их полоролевое поведение. Участникам группы А была обеспечена возможность одеваться и говорить о себе желаемым образом. Однако в тех случаях, когда пациенты располагали справкой об изменении пола и/или принимали препараты половых гормонов, им рекомендовалось воздержаться от замены документов и приема гормонов до окончания лечения.

На ранних этапах терапии специалисту надлежало, по возможности, полностью избегать бесед на тему трансролевых переживаний, не оспаривать и не поощрять желание подростков позиционировать себя вне пола. Обращение со стороны врача с самого начала знакомства независимо от возраста пациента происходило согласно общепринятой формы официальной речи, на «Вы», без использования имени, родовых окончаний и имеющих полоролевую специфику форм приветствия. Категорически не допускалось обращения к пациентам в формах, не соответствующих их паспорту и медицинской документации. Трансролевые переживания подростков с ТСПС подлежали обсуждению строго по их инициативе. При этом врач/психотерапевт занимал позицию активного слушания, но не ментора. В

тех случаях, когда пациенты задавали прямые вопросы, им давались развернутые и аргументированные ответы.

3) *Конфликт между врачом/психотерапевтом и членами ближайшего окружения пациента* был представлен в двух вариантах. Первый из них, в котором принимали участие *члены семьи*, возникал в ряде случаев процессе психообразовательной беседы. Он состоял в открытом и намеренном или неосознаваемом сопротивлении близких избранной стратегии лечения, а именно – акценту терапевтических усилий на аффективной, невротоподобной и бредовой симптоматике при отказе от попыток коррекции трансролевого позиционирования посредством убеждения, суггестивных, медикаментозных или каких-либо иных ожидаемых ими методов прямого воздействия. Данный конфликт наблюдался только в случаях, когда обращение за медицинской помощью инициировалось взрослыми членами ближайшего окружения в связи с заявлениями подростков о желании изменить пол (60%,  $n=36$ ), и был тем более выраженным, чем менее явными были симптомы ШР, агрессивное и аутодеструктивное поведение. Причины недоверия близких были различны: не критичность к наличию психического расстройства; страх перед социальными последствиями трансролевого поведения подростков; опасение поощрения трансролевого поведения со стороны врача (13,3% ( $n=8$ ) имели соответствующий опыт в прошлом).

Разрешение данного конфликта происходило посредством психообразования, в ходе которого подробно разъяснялся механизм формирования и психопатологическое содержание ТСПС, аргументированно сообщалось, что агрессивные попытки дискредитации в глазах пациента идеи о его принадлежности к трансгендерам как со стороны родителей, так и со стороны врача не только бесперспективны, но и опасны, так как могут привести к реакциям протеста с отказом от дальнейшего лечения или к актуализации более ранних форм совладания – аутоагрессивных влечений.

При неэффективности психообразования дальнейшие попытки преодоления противоречий осуществлялись при помощи психотерапии.

Необходимым результатом психообразовательной и психотерапевтической работы было формирование у членов семьи понимания сущности имеющегося у пациентов психического расстройства и истинных мотивов их поведения, укрепление приверженности близких тактике терапии. Во всех наблюдаемых нами случаях, когда такая работа оказывалась неуспешной, происходил отказ от лечения со стороны пациента при «молчаливом одобрении» близких.

Второй вариант данного конфликта, в котором участвовали *члены среды группирования* пациентов, возникал уже на этапе диагностики и наблюдался в 80% ( $n=48$ ) случаев. Знакомые подростков, к которым относились виртуальные собеседники (56,7%,  $n=34$ ), друзья (16,7%,  $n=10$ ) и сожители (6,6%,  $n=4$ ), во всех случаях выражали поддержку их стремлению к трансролевому позиционированию и изменению пола, обесценивали процесс и результаты диагностики, выступая, таким образом, в качестве индукторов. В 13,3% ( $n=8$ ) случаев они способствовали попыткам намеренного искажения анамнеза, «консультируя» пациентов о том, как «правильно» отвечать на вопросы психиатра.

Поощрение поведения подростков со стороны виртуальных собеседников происходило, как правило, в социальных сетях и на специализированных ресурсах. В этой роли выступали как заинтересованные данной темой подростки, так и лица, определяющие себя как «трансгендеры». Компаниям друзей, с которыми пациенты из группы А общались в реальной жизни, была свойственна солидарность LGBTQ-движению в качестве элемента демонстрации «современного», либерального мировоззрения.

Поддержка трансролевого поведения пациентов с ШР со стороны сожителей имела различные мотивы. Так, мужчина, состоявший с одной из

пациенток в гетеросексуальной связи, во время беседы с врачом описал наличие у него эротизирующего влечения надевать женские предметы туалета и вступать в гомосексуальные анально-генитальные контакты в пассивной роли. Он открыто сообщил о том, что после изменения пациенткой своего пола, надеялся сохранить с ней отношения и вступать в сексуальные контакты как в активной, так и в пассивной позиции. Другая женщина, способствуя получению 18-летней девушкой справки об изменении пола, преследовала цель скрыть гомосексуальную связь с ней от собственного окружения. В двух случаях партнеры демонстрировали не критичность как к проявлениям ШР, так и к противоречиям между предъявляемыми пациентами жалобами на недовольство телесными признаками пола, фрустрированное желание иметь признаки противоположного пола, восприниматься в обществе в качестве представителя противоположного пола и их полоролевым и сексуальным поведением.

В условиях невозможности извлечения пациентов из среды группирования на достаточно продолжительное время, разрешение данного конфликта происходило постепенно, совместными усилиями врача, психотерапевта и родителей, посредством установления доверительных отношений с пациентом. В 15% ( $n=9$ ) случаях под влиянием членов среды группирования пациенты отказывались от лечения.

## **6.2. Результаты терапии**

В группе А комплексную помощь – сочетающую фармакологическое лечение и психотерапию – получали 38,1% ( $n=16$ ) участников. Согласие только на прием лекарственных средств выразили 61,9% ( $n=26$ ) пациентов с ТСПС. Условиями отказа от психотерапии были:

1. отсутствие запроса (40,5%,  $n=17$ );
2. неспособность соблюдать режим терапии (14,3%,  $n=6$ );

3. отсутствие социальной поддержки (7,1%, n=3).

Оценка эффективности терапии в группе А была произведена клинически и психометрически.

Для пациентов из групп А и В была характерна резистентность к фармакотерапии. Несмотря на проводимое лечение, в течение длительного времени у подростков наблюдалась аутохтонная волнообразная актуализация дисфорических, депрессивных и тревожных состояний, сопровождающихся резким усилением аутодеструктивных влечений. В группе А это также сопровождалось актуализацией идей о недовольстве своим полом и необходимости его изменения. Данное обстоятельство обуславливало необходимость неоднократной коррекции лекарственной схемы.

Значительное и явное улучшение психического состояния наблюдалось у 23,6% (n=10) участников группы А. Полную критику к трансролевым переживаниям как к чуждым, обусловленным психическим расстройством, выражали 14,3% (n=6) пациентов. Остальные – признавая их дезактуализацию и формально допуская их психопатологическую природу, связывали это скорее с общим изменением мировоззрения.

Об улучшении настроения, снижении выраженности тревоги, раздражительности, навязчивых мыслей сообщили 38,1% (n=16). При этом сохранялась нестабильность настроения с периодической аутохтонной и ситуационной актуализацией навязчивых мыслей и аутоагрессивных влечений. Пациенты с ТСПС продолжали позиционировать себя вне пола, однако были значительно менее настойчивы в стремлении к перемене пола, сообщали о появлении сомнений на этот счет, начинали допускать обращение к себе по имени и в соответствующем полу роде, по собственной инициативе изменяли внешний облик и поведение, приближая его к соответствующему полу.

Минимальный положительный ответ на терапию с послаблением психопатологической симптоматики при сохранении выраженной

нестабильности состояния с аффективными колебаниями, частой аутохтонной актуализацией невротоподобных нарушений, расстройств влечений и психотических феноменов продемонстрировали 38,1% (n=16) пациентов.

Для психометрического описания динамики состояния на фоне терапии были использованы шкалы CGI и SOPS.

Результаты оценки общего клинического впечатления по шкале CGI представлены в таблице 6.4.

**Таблица 6.4. Результаты оценки общего клинического впечатления по шкале CGI**

		<b>Группа А</b>	<b>Группа В</b>	<b>Р</b>
CGI-S	M±SD	3,4±1,3	3,54±1,3	0,663
	Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	4 [2;4,5]	3,5 [3;5]	
	Min-Max	1-5	1-5	
CGI-I	M±SD	1,8±0,8	2,4±0,8	0,004*
	Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	2 [1;2,5]	3 [2;3]	
	Min-Max	1-3	1-3	

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Манна-Уитни

Как видно, в группе А мы наблюдали более явное улучшение психического состояния на фоне терапии, чем в группе В. Данное обстоятельство, на наш взгляд, следует рассматривать в совокупности с данными о личностной предрасположенности к формированию ТСПС у исследуемой категории пациентов (см. ч. 4.3.1.). Возникающие в манифесте атипичного затяжного пубертатного приступа нарушения поведения и изменение мировоззрения у подростков из группы А резко контрастировали с преморбидно свойственными им сенситивными чертами характера. Соответственно, даже частичное купирование позитивной психопатологической симптоматики у этих пациентов приводило к существенной коррекции их поведения и повышению социальной адаптации.

Результаты сравнительной оценки симптомов ШР по шкале SOPS у пациентов с ТСПС до и после проведения курса терапии подтвердили

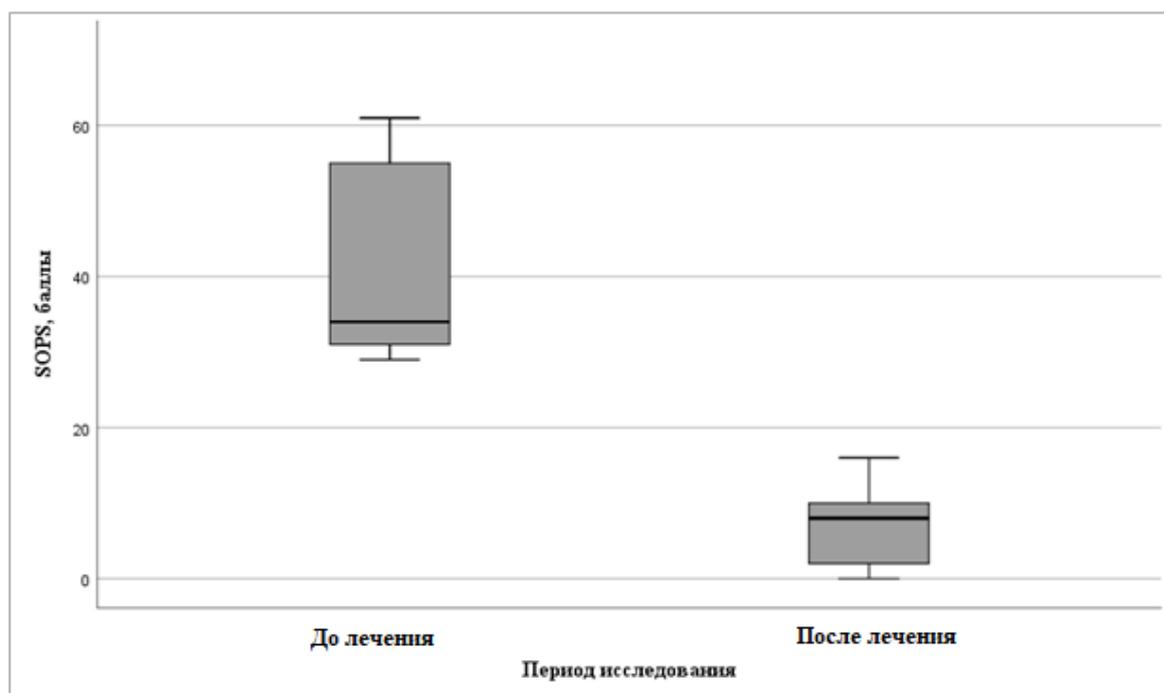
редукцию симптомов ШР в Группе А. Повторное тестирование пациентов из группы В не проводилось. Данные представлены в таблице 6.5.

**Таблица 6.5. Динамика показателей по шкале SOPS у пациентов из группы А**

	<b>M±SD</b>	<b>Me [Q<sub>1</sub>;Q<sub>3</sub>]</b>	<b>Min-Max</b>	<b>P</b>
SOPS до лечения	40,24±11,5	34 [31;55]	29-61	0,0001*
SOPS после лечения	6,88±4,9	8 [2;10]	0-16	

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Манна-Уитни для зависимых выборок

Графическое изображение изменения выраженности симптомов ШР по шкале SOPS представлено на рисунке 6.1.



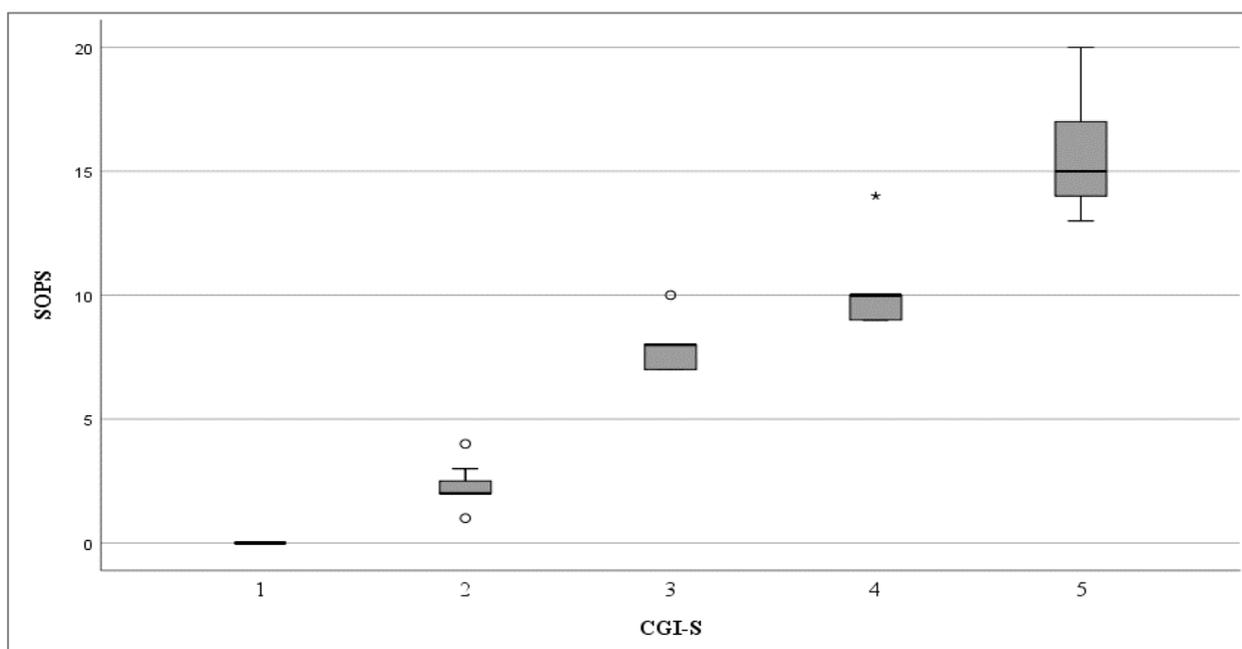
**Рисунок 6.1. Результаты тестирования по шкале SOPS в группе А до и после проведенного лечения**

Сопоставление оценки тяжести болезни по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А представлены в таблице 6.6.

**Таблица 6.6. Сопоставление оценки тяжести болезни по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А**

Тяжесть болезни (CGI-S)		Оценка по шкале SOPS	
(1)	Здоров	M±SD	0
		Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	0
		Min-Max	0
(2)	Легкая (пограничная) выраженность расстройства	M±SD	2,29±0,9
		Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	2 [2;2,5]
		Min-Max	1-4
(3)	Средняя выраженность	M±SD	8±1
		Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	8 [7;8]
		Min-Max	7-10
(4)	Умеренная выраженность	M±SD	10,1±1,5
		Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	10 [9;10]
		Min-Max	9-14
(5)	Выраженная степень расстройства	M±SD	15,6±2,3
		Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	15 [14;17]
		Min-Max	13-20

Графическое изображение результатов оценки тяжести болезни по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А представлено на рисунке 6.2.



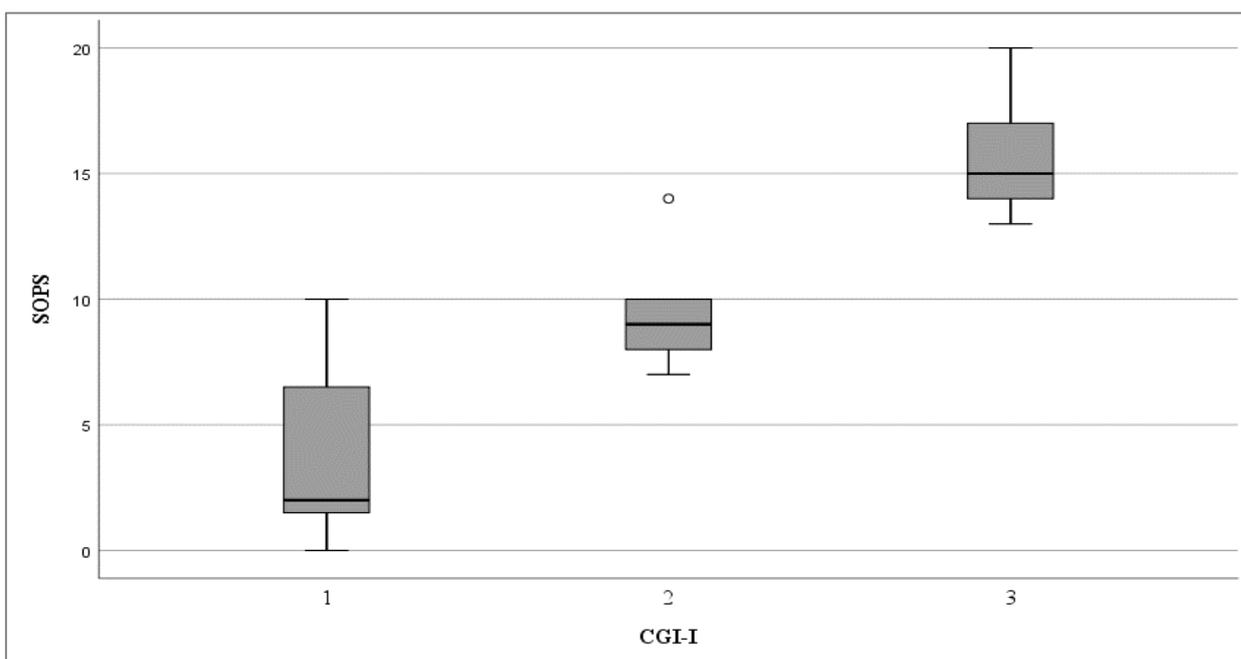
**Рисунок 6.2. Результаты оценки тяжести болезни по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А**

Сопоставление оценки динамики психического состояния в процессе лечения по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А представлены в таблице 6.7.

**Таблица 6.7. Сопоставление оценки изменения состояния пациента в процессе лечения по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А**

Изменения в процессе лечения (CGI-I)		Оценка по шкале SOPS	
(1)	Улучшилось очень заметно	M±SD	3,75±3,7
		Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	2 [1,5;6,5]
		Min-Max	0-10
(2)	Заметно улучшилось	M±SD	9,17±1,9
		Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	9 [8;10]
		Min-Max	7-14
(3)	Слегка улучшилось	M±SD	15,6±2,3
		Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	15 [14;17]
		Min-Max	13-20

Графическое изображение результатов оценки изменения состояния пациентов в процессе лечения по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А представлено на рисунке 6.3.



**Рисунок 6.3. Результаты оценки изменения состояния пациентов по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А**

Сопоставление результатов итогового тестирования по шкале SOPS с клиническими данными о полорольевом позиционировании пациентов из основной группы позволило выявить, что наименьшие значения по шкале

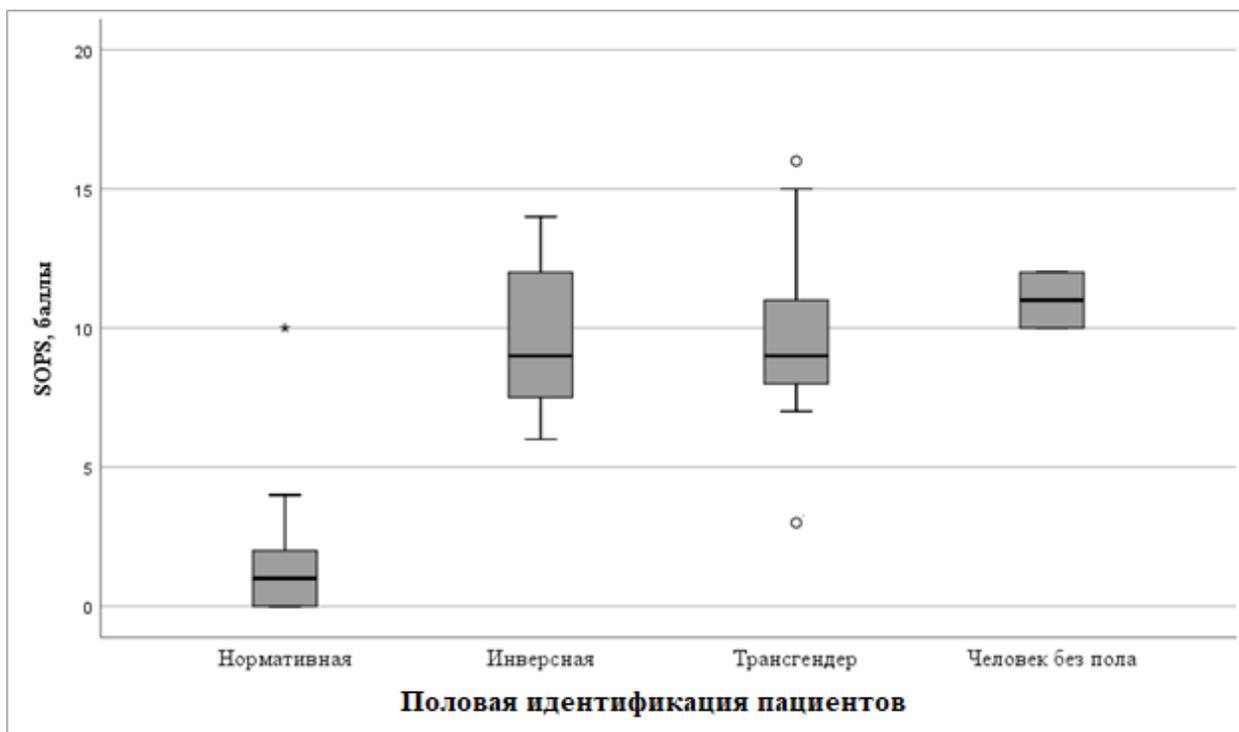
SOPS демонстрировали подростки, у которых в процессе лечения произошло восстановление нормативной половой идентификации. Данные представлены в таблице 6.8.

**Таблица 6.8. Соотношение результатов тестирования по шкале SOPS и половой идентификации пациентов из группы А**

Половая идентификация		Результаты тестирования по шкале SOPS			<i>p</i>
		M±SD	Me [Q <sub>1</sub> ;Q <sub>3</sub> ]	Min-Max	
1	Нормативная	1,83±2,8	1 [0;2]	0-10	p <sub>12</sub> =0,013** p <sub>13</sub> =0,002** p <sub>14</sub> =0,051**
2	Инверсная	9,71±3,2	9 [7;14]	6-14	
3	Трансгендер	9,58±3,5	9 [8;11,5]	3-16	
4	«Человек без пола»	11±1,4	11 [10;12]	10-12	

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Краскела-Уоллиса  
 \*\*различия статистически значимы при попарном сравнении при помощи критерия Манна-Уитни с поправкой на правдоподобие.

Графическое изображение соотношения вариантов половой идентификации у пациентов из группы А и результатов тестирования по шкале SOPS представлено на рисунке 6.4.



**Рисунок 6.4. Результаты тестирования по шкале SOPS после поведенного лечения в группе А, распределенных в зависимости от половой идентификации пациентов**

Сопоставление результатов тестирования по шкале SOPS с данными о планах на изменение пола пациентов у пациентов из группы А после проведенного лечения также продемонстрировало связь между редукцией психопатологической симптоматики и дезактуализацией стремления к трансформации. Результаты представлены в таблице 6.9.

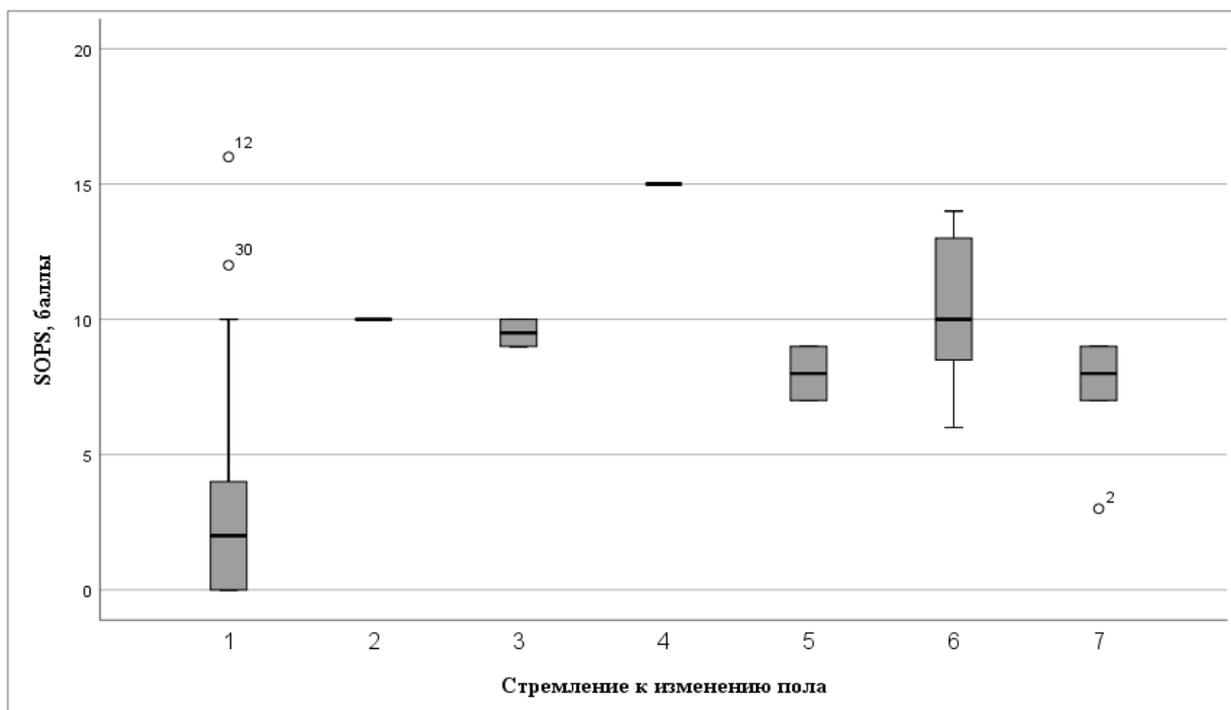
**Таблица 6.9. Соотношение результатов тестирования по шкале SOPS и данных о планах на изменение пола у пациентов из группы А после проведенного лечения**

	<b>M±SD</b>	<b>Me [Q<sub>1</sub>;Q<sub>3</sub>]</b>	<b>Min-Max</b>	<b>P</b>
Нет	3,85±1,3	2 [0;7]	0-16	0,04*
Стремление только к перемене имени на гендерно нейтральное или соответствующее противоположному полу	10	10	10	
Стремление к изменению имени и социального пола с возможностью	9,5±0,7	9,5 [9;10]	9-10	

позиционирования себя в ином гендере в ближайшем кругу знакомых			
Стремление к изменению социального и гражданского (паспортного) пола	15	15	15
Стремление к изменению социального, гражданского и гормонального пола	8±1,4	8 [7;9]	7-9
Стремление к изменению социального, гражданского, гормонального пола и проведение частичной хирургической коррекции пола (без изменения гениталий)	10,43±3	10 [8;14]	6-14
Стремление к полной половой трансформации	7,3±2,2	8 [6;9]	3-9

Примечание: \*различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Краскела-Уоллиса

Графическое изображение соотношения данных о планах на изменение пола у пациентов из группы А и результатов тестирования по шкале SOPS после проведенного лечения представлено на рисунке 6.5.



**Рисунок 6.5. Результаты тестирования по шкале SOPS в группе А, распределенных в зависимости от выражаемых пациентами планов на изменение пола после проведенного лечения**

Как видно, пациенты, заявившие об отсутствии планов на изменение пола показывали минимальные значения оценки по опроснику SOPS

( $p=0,04$ ), соответствующие параметру «очень заметное улучшение» по шкале CGI-I (см. табл. 6.7).

## Резюме

Таким образом, мы наблюдали возможность дезактуализации ТСПС по мере редукции психопатологических нарушений. Пациенты, у которых наблюдались минимальные значения по шкале SOPS обнаруживали явное улучшение психического состояния, восстановление нормативной половой идентификации и отказывались от планов на изменение пола. И, напротив, у подростков с максимальными баллами SOPS ТСПС сохранялись.

Полученные результаты лечения согласуются с высказанным выше утверждением о том, что ШР у наблюдаемых нами пациентов имело приступообразное, затяжное течение с благоприятным прогнозом (т.е. с потенциалом к существенной редукции психопатологической симптоматики с «более управляемыми» нарушениями или полной редукции психопатологических проявлений и выходу в интермиссию). Научные данные о динамике атипичных затяжных пубертатных приступов (Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Бильжо А. Г., 1987; Цуцельковская М.Я., 1999 (1); Цуцельковская М.Я., 1999 (2)) позволяют рассматривать ТСПС у данной категории пациентов не только как потенциально обратимые при помощи медикаментозной терапии расстройства, но и как имеющие перспективу к самокупированию по мере аутохтонного завершения приступа к возрасту 23-25 лет. Исходя из этих же сведений, случаи неполного или отсутствующего ответа на адекватную медикаментозную терапию могут быть объяснены фармакорезистентностью, свойственной для такого рода приступов. Кроме того, на момент завершения исследования ни один из пациентов не достиг 23 лет, что оставляет открытым вопрос о возможности дезактуализации трансролевых переживаний в будущем.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под *транссексуалоподобными состояниями* (ТСПС) в данной работе понимаются возникающие вторично по отношению к симптомам психического расстройства нарушения идентичности и поведения, клинически сходные с проявлениями ТС, но отличающиеся по происхождению, динамике, прогнозу и методам коррекции. Актуальность исследования данного феномена обусловлена возросшей обращаемостью молодых людей с запросом на изменение пола (Skordis N. et al., 2018) – в том числе за счет лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра (Попова Г.А., 2020; Старостина Е.А., Ягубов М.И., 2021) – наблюдаемой в условиях существенного расширения диагностических границ расстройств половой идентификации в международных классификациях болезней со снижением роли психиатра при определении показаний к изменению пола (Reed G.M. et al., 2016; Marchiano L., 2017; Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., 2017), потребностью в совершенствовании законодательства, регламентирующего процедуру изменения пола в Российской Федерации, а также необходимостью создания клинических рекомендаций по диагностике и лечению расстройств половой идентификации.

Целью исследования было совершенствование диагностической и лечебной помощи подросткам с транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве.

В диссертационной работе осуществлялось формирование выборки пациентов с ТСПС при ШР, обратившихся в ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» (г. Ростов-на-Дону, главный врач – к.м.н. О.А. Бухановская) амбулаторно или прошедших стационарное лечение за период с 2016 по 2021 гг. В основную группу исследования (группа А) были отобраны 60 человек (39 девушек, 21 юноша) в возрасте  $17,1 \pm 1,16$  лет с установленным согласно критериям МКБ-10 диагнозом

«Шизотипическое расстройство» (F21). Исследование было проведено при участии двух контрольных групп, включающих пациентов с ШР без ТСПС (группа В) и лиц с ТС (группа С). В группу В был включен 61 пациент (44 девушки, 17 юношей) в возрасте  $17,1 \pm 1,27$  лет, с диагнозом «Шизотипическое расстройство» (F21). В группу С группы были включены 44 пациента (41 женщина, 3 мужчин), обратившихся в ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» в период с 1991 г. по 2021 г., с установленным диагнозом «Трансексуализм» (F64.0). Возраст пациентов составил  $30,6 \pm 6,9$  лет.

Для реализации цели исследования авторами был разработан опросник для клинического интервьюирования (карта научного исследования), направленный на изучение социально-демографических, индивидуально-психологических, клинических и поведенческих характеристик пациентов. Данные фиксировались с учетом как субъективных, так и объективных анамнестических сведений.

В процессе психологического тестирования были применены следующие стандартизированные методики: шкала SOPS (Scale of Psychosis-Risk Symptoms, Miller T., 1999; McGlashan T., 2001), опросник HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale), шкала Y-BOCS (Yale-Brown obsessive-compulsive scale), шкала деперсонализации (Нуллер Ю.Л., 1988), опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой), методики «4-й лишний», «Пиктограммы», «Классификация», «Простые аналогии», «Сложные аналогии», шкала общего клинического впечатления (CGI).

Статистическая обработка производилась с применением инструментария программы Statistica 10. Значимость различий между номинальными признаками оценивалась с использованием критерия  $\chi^2$ -Пирсона или точного двустороннего критерия Фишера, для сравнения числовых показателей применялся критерий Манна Уитни, пороговый уровень значимости составлял  $p < 0,05$ , для оценки связи численных

признаков использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена, степень ассоциации качественных признаков представлена значением коэффициента  $\phi$  для таблиц 2x2 и  $V$  – коэффициентом Крамера для таблиц большей размерности.

Установленные в ходе проведенного исследования наследственная отягощенность шизофренией, возраст дебюта, условия дебюта, а также клиничко-психопатологические и динамические характеристики ШР в группе А, полностью соответствуют как критериям этого заболевания по МКБ-10, так и представленным в научной литературе описаниям (Личко А.Е., 1989; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Levin R., 1998; Mittal K. et al., 2007; Коцюбинский А.П. и соавт., 2015; See A. et al., 2021; Kaplan A., Smith C., 2021; Sher L., 2021; Hare K. et al., 2021). Так, у пациентов были выявлены отягощение наследственности случаями шизофрении (28,3%,  $n=17$ ), возникновение первых признаков заболевания в подростковом возрасте ( $12,5 \pm 0,74$  лет), в большинстве случаев (68,3%,  $n=41$ ) – в период изменения уклада жизни и круга общения. Дебют заболевания, совпадающий с возрастом вступления в пубертат, а также психопатологическая структура болезни в виде полимофной и атипичной аффективной симптоматики, сверхценных образований, синдромально незавершенных неврозоподобных нарушений, расстройств влечения, субпсихотических феноменов, позволяют клинически типировать рассматриваемые случаи как юношескую шизофрению, протекающую в виде затяжного атипичного пубертатного приступа (Сухарева Г.Е., 1961; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Цуцукловская М.Я., 1999 (1)). Такая однородность исследуемой выборки может быть объяснена специфическим для этой формы эндогенного заболевания возрастом обращения за медицинской помощью.

Проявления ШР в группах А и В были, в целом, единообразны, что было подтверждено как клинически, так и психометрически.

Диагностику основного психического расстройства у подростков с ТСПС в значительной степени затрудняло установочное поведение пациентов. Так, участники группы А при обращении предъявляли жалобы преимущественно на мучительное недовольство своей половой принадлежностью. Одновременно они демонстрировали высокую склонность к искажению анамнестических сведений (81,7%,  $n=49$ ), касающиеся половой идентификации, полоролевого поведения, психических и поведенческих проявлений ШР. Наиболее часто пациенты предоставляли недостоверную информацию о возрасте возникновения проявления половой дисфории, заявляя о постоянном недовольстве полом с детства ( $9,6\pm 4,1$  лет), в то время как, согласно объективным данным, явные нарушения полоролевого поведения и соответствующие высказывания наблюдались у них только с  $15,4\pm 0,99$  лет.

Психопатологическую суть ТСПС у пациентов с ШР составляло сверхценное стремление к идентификации себя с «трансгендерами» *как с социальной группой*. Кросс-дрессинг, использование не соответствующих полу родовых окончаний, высказываемые планы на изменение пола, жалобы на «половую дисфорию» представляли собой лишь маркирующие принадлежность к этой группе атрибуты. Это стремление носило иррациональный, эмоционально насыщенный, утрированный и крайне ригидный характер. Оно возникало в подростковом возрасте вне связи с предшествующим опытом пациентов и сопровождалось сужением круга интересов и влечений. Аналогичные переживания были неоднократно описаны в научной литературе, однако их интерпретация разнится. Авторы классических работ, посвященных изучению эндогенно-процессуальных заболеваний в подростковом и юношеском возрасте, с определенной долей условности относили их к сверхценным образованиям, бредоподобным фантазиям, метафизической интоксикации или к патологически утрированным пубертатным реакциям имитации и группирования (Ковалев

В.В., 1985; Пантелеева Г.П. и соавт., 1986; Личко А.Е., 1989; Цуцуйковская М.Я., 1999 (1)).

**Клиническая картина ТСПС при ШР** у подростков была полиморфна. Выражаемая идентичность, полоролевое поведение и сексуальное влечение при ТСПС в большинстве случаев были рассогласованы, предавая клинической картине эклектичный вид.

Общими проявлениями ТСПС были: идентификация себя вне своего пола; стремление к соблюдению не соответствующей полу роли при социальной самопрезентации; стремление к трансформации внешности посредством изменения стиля одежды и прически, приема половых гормонов; приводимые пациентами описания трансролевых переживаний и мотивы к изменению пола были поверхностны, лишены индивидуальных деталей и в большинстве случаев носили декларативный характер; в своей речи пациенты описательному изложению предпочитали использование обозначений, терминов, околонаучной лексики; при более или менее детальном исследовании жалоб и анамнеза предоставляемые пациентами сведения обнаруживали противоречия, к которым сами они, впрочем, оставались не критичны.

На основании анализа факторов, обуславливающих разнообразие появлений ТСПС при ШР у подростков, представляется возможным сформулировать три подхода к **классификации ТСПС**.

**Таблица 7.1. Классификация транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков**

<b>В зависимости от психопатологического содержания</b>		
<b>I тип</b>	<b>II тип</b>	<b>III тип</b>
<i>Инициальный этап затяжного атипичного пубертатного приступа, приступ с психастеноподобными расстройствами</i>	<i>Приступ с явлениями «метафизической интоксикации», гебоидный приступ</i>	<i>Приступ с дисморфофобическими переживаниями</i>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– частичная критика к трансролевым переживаниям, сомнения в своих суждениях, относительная доступность для контраргументации;</li> <li>– холодность по отношению к родителям;</li> <li>– относительно высокая склонность к аддиктивному поведению.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– узкая концентрация интересов на теме «трансгендерности» и LGBTQ</li> <li>– аффективная насыщенность трансролевых переживаний;</li> <li>– настойчивое стремление к изменению половой роли и трансформации внешности посредством приема половых гормонов;</li> <li>– поверхностность суждений и планов на будущее;</li> <li>– иррациональное искажение анамнестических сведений;</li> <li>– непереносимость контраргументов и низкая доступность психообразованию;</li> <li>– подчеркнутая холодность и враждебность по отношению к родителям.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– клинические проявления разнообразны;</li> <li>– мотивы поведения определены стремлением к трансформации или удалению телесных половых признаков.</li> <li>– высказываемые трансролевые переживания атрибутивны и практически не находят отражения во внешности и поведении;</li> <li>– критика к состоянию крайне формальная или отсутствует.</li> </ul>
--	--	---

**В зависимости от пола**

<b>Мужской вариант</b>	<b>Женский вариант</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– относительно невысокая распространенность;</li> <li>– относительно низкая склонность к агрессивному поведению;</li> <li>– относительно менее выражена социальная дезадаптация.</li>   <li>– более характерна сохранность гетеросексуального влечения</li>   <div align="center"></div> <li>– наличие конфликта между сохраняющимся гетеросексуальным влечением и ТСПС, амбивалентное отношение к мужской половой роли.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– относительно высокая распространенность;</li> <li>– более высокая склонность к агрессии и аутоагрессии;</li> <li>– относительно выраженная социальная дезадаптация;</li> <li>– относительно высокая значимость дисморфофобических переживаний;</li>   <li>– более характерно отсутствие сексуального влечения</li> <li>– более однозначное негативное отношение к половой роли.</li>   <div align="center"></div> <li>– более высокая степень мимикрии, более выраженные отклонения от полоролевых стереотипов во внешнем виде и в поведении;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– более высокая подверженность гомосексуальному поведению.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– относительно невыраженное отклонение от полоролевых стереотипов во внешнем виде и поведении.</li> <li>– рассогласованность выражаемой половой идентификации, внешнего вида, полоролевого и сексуального поведения, планов на половую трансформацию</li> </ul>	
<b>В зависимости от аффективного фона</b>	
<b>Вариант с астенической депрессией</b>	<b>Вариант с дисфорической депрессией</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– отсутствие выраженных расстройств влечений;</li> <li>– отсутствие субпсихотической симптоматики;</li> <li>– в целом, упорядоченное поведение;</li> <li>– относительно высокая способности к имитации проявлений расстройств половой идентификации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– высокая склонность к возникновению расстройств влечений;</li> <li>– возможность выявления субпсихотической симптоматики;</li> <li>– настороженность, замкнутость, грубость, оппозиционность;</li> <li>– относительно низкая способность к достоверной имитации проявлений расстройств половой идентификации</li> </ul>
	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– относительная согласованность выражаемой половой идентификации, внешнего вида, полоролевого и сексуального поведения, планов на половую трансформацию</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– рассогласованность выражаемой половой идентификации, внешнего вида, полоролевого и сексуального поведения, планов на половую трансформацию</li> </ul>

Кроме того, неоднородность и противоречивость клинической картины ТСПС у подростков в значительной степени была обусловлена их субъективным представлением о расстройствах половой идентификации. Основным источником получения сведений о расстройствах половой идентификации были непрофессиональные интернет-ресурсы (форумы, блоги, web-каналы, сообщества в социальных сетях и т.п.) (96,7%,  $n=58$ ). Разнообразие и получаемой таким образом информации определяли парадоксальность проявлений ТСПС у пациентов.

Изучение **динамики** ТСПС при ШР у подростков позволило установить, что ТСПС возникали у подростков, преморбидно не обнаруживавших нарушений половой идентификации, отклонений полоролевого поведения или гомосексуальности. Возникновение ТСПС во всех случаях происходило

по прошествии 2-3 лет после дебюта ШР. Представляется возможным выделить три этапа формирования данного феномена: 1) этап predisпозиции; 2) этап инициации; 3) этап трансформации.

Предиспозицию к ТСПС у подростков с ШР составляли, с одной стороны, возникший в условиях психосоциальной дезадаптации субъективно значимый и затяжной полоролевой конфликт, с другой – обстоятельства, в связи с которыми преодоление этого конфликта становилось возможным в глазах пациента только посредством отказа им от обусловленной полом социальной роли. Предрасположение включало клинический, половой, личностный и социальный компоненты. Сопоставление количественных и качественных характеристик клинической картины ШР и ретроспективных описаний преморбидного периода в группах А и В позволило выделить специфические и неспецифические факторы предрасположения к ТСПС. К специфическим были отнесены условия, действующие исключительно или преимущественно в группе А и формирующие, таким образом, наиболее существенные различия между больными ШР с ТСПС и без трансролевых переживаний. В качестве неспецифических были обозначены факторы, выявляемые у пациентов с ШР независимо от наличия ТСПС, или возникающие вторично по отношению к специфическим факторам.

Факторы, обуславливающие такое предрасположение, представлены в таблице 7.2.

**Таблица 7.2. Предиспозиция к формированию транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков**

**Клиническая предиспозиция**

*Специфические факторы*

–

*Неспецифические факторы*

- аффективные расстройства;
- деперсонализация;
- навязчивые мысли;

- дисморфофобия;
- сверхценные образования (бредоподобные фантазии/явления «метафизической интоксикации»/патологически измененные пубертатные реакции имитации и группирования);
- специфические расстройства мышления.

### **Личностная predisпозиция**

#### *Специфические факторы*

- чувствительный личностный радикал

#### *Неспецифические факторы*

-

### **Половая predisпозиция**

#### *Специфические факторы*

-

#### *Неспецифические факторы*

- женский пол

### **Социальная predisпозиция**

#### *Специфические факторы*

- нарушения полового воспитания
- появление в ближайшем окружении пациентов сверстников, позиционирующих себя в качестве трансгендеров
- усиление влияния LGBTQ-движения в медиапространстве;
- популяризация в подростковой среде тем, связанных с расстройствами половой идентификации

#### *Неспецифические факторы*

- насмешки, затрагивающие полоролевою сферу, в коллективе сверстников
- повышение доступности высокоэффективных средств потребления и передачи информации

С целью временной компенсации эмоционального дистресса и невротоподобных расстройств подростки с ШР прибегали к различным вариантам совладающего поведения. При этом его специфика в значительной

мере была определена преморбидными личностными особенностями. Так, в сравнении с участниками группы В пациенты с ТСПС, в силу личностной predispositions, проявляли относительно большую склонность к виртуальной активности и обсессивной мастурбации и значительно меньшую – к алкоголизации и расстройствам пищевого поведения. Кроме того, реализуя реакции группирования, они реже вступали в делинквентные компании, предпочитая общение в «безопасной» среде – в виртуальном пространстве, в обществе сверстников противоположного пола или носителей подходящих им субкультур. При этом реакции группирования сопровождались у них ярко выраженным подражательным поведением (реакции имитации). По мере прогрессивности заболевания адаптогенные возможности применяемых способов совладения снижались, что побуждало пациентов к поиску новых.

*Этап инициации* дебютировал с обретением пациентами опыта компенсации аффективных и невротоподобных нарушений в процессе случайного потребления информации о «трансгендерности», изменении пола и т.п., в возрасте  $14 \pm 1,06$  года. С целью поддержания этого эффекта подростки начинали активно интересоваться информацией о полоролевых нарушениях, а затем и группироваться в сообществах лиц, идентифицирующих себя как «трансгендеры». В процессе общения пациенты перенимали культурные предпочтения, политические взгляды, внешнюю атрибутику, специфический жаргон членов сообщества. Вокруг усилившейся потребности в группировании и тождественности у пациентов происходила консолидация разрозненных переживаний, относящихся к сексуальной сфере, полоролевому поведению, собственной внешности, аффективному состоянию, чертам личности.

На *этапе трансформации* происходило изменение облика и поведения пациентов сообразно их представлению о «трансгендерах». По сравнению с этапом predispositions на 58,3% снизилось число пациентов из группы А, использующих по отношению к себе соответствующие полу родовые

окончания; на 33,3% увеличилось число пациентов, избегающих использования родовых окончаний, но при необходимости говорящих о себе соответственно полу; 10% ( $n=6$ ) подростков начинали говорить о себе исключительно инверсно. Значительно увеличивалось количество подростков, у которых наблюдались нарушения полоролевых стереотипов в одежде ( $p<0,019$ ) и причёсках ( $p<0,001$ ). Число лиц, заявляющих о своей гомосексуальности, в группе А повысилось в 5 раз. В 4,32 раза снизилось количество пациентов, оценивающих свои гомосексуальные фантазии как эгодистоничные. Стремление к изменению пола пациенты начинали выражать также только после инициации.

На этапе трансформации было выделено две стадии.

Клиническая картина *первой стадии*, следующей непосредственно за инициацией, соответствующей описанию ТСПС I типа. Здесь происходила перестройка механизмов совладания с аффективной и невротоподобной симптоматикой. В 2 раза снизилось число лиц, прибегающих к аддиктивному поведению. По сравнению с периодом predisпозиции у пациентов из группы А существенно снизилась потребность в виртуальной активности ( $p=0,001$ ) и мастурбации ( $p<0,001$ ). Влечение к самоповреждению после инициации регистрировалось в 4,6 раза реже, чем в период predisпозиции, существенно сокращалась частота нанесения повреждений ( $p=0,035$ ). В 4,6 раза реже регистрировались суицидальные идеи.

После инициации 70% ( $n=42$ ) подростков начинали трактовать недовольство внешностью исключительно как неприязнь к признакам пола. Сходным изменениям подверглись качественные характеристики деперсонализации: испытываемое на этапе predisпозиции ощущение аутопсихической изменённости во внутренней картине болезни у 73,3% ( $n=44$ ) пациентов приобретало значение половой дисфории. Подростки утверждали, что «осознали» причины переживаемого ими в течение

длительного времени дискомфорта и обрели надежду на избавление от него в будущем посредством «трансгендерного перехода».

Наличие актуальных контрастных навязчивых мыслей дисморфофобического, депрессивного, агрессивного или аутоагрессивного содержания подтвердили лишь 3,3% ( $n=2$ ) подростков с ТСПС ( $p=0,001$ ). Однако 55% ( $n=33$ ) пациентов из группы А демонстрировали резкую актуализацию obsessions в ответ на ограничение возможности «трансгендерного» позиционирования со стороны окружающих.

Пререход на *вторую стадию* этапа трансформации происходил с манифестом затяжного атипичного пубертатного приступа.

В случаях, когда манифест имел психастеноподобную структуру (11,7%,  $n=7$ ) четкой стадийности нами не наблюдалось. Клиническая картина ТСПС была сходна с проявлениями, сформированными на инициальном этапе.

Возникновение ТСПС в структуре приступа с явлениями «метафизической интоксикацией» (20%,  $n=12$ ) сопровождалось «внезапным» обретением подростками «нового» мировоззрения, которое они начинали отстаивать с несвойственной им ранее энергией и агрессией. В разговорах с окружающими они активно транслировали полученную из общедоступных источников информацию о «трансгендерности», не подвергая ее критическому анализу и не замечая противоречий в своих суждениях. Клиническая картина расстройства половой идентификации у этих пациентов соответствовала описанию ТСПС II типа.

ТСПС у пациентов с гебоидными приступами (5%,  $n=3$ ) возникали под явным влиянием среды группирования. Подростки неудержимо стремились проводить время с «друзьями», проявляя выраженную агрессию в ответ на попытки сопротивления со стороны членов семьи. Клиническая картина расстройства половой идентификации здесь также соответствовала проявлениям ТСПС II типа.

Подростки с ТСПС, возникающих на фоне манифеста приступа с дисморфофобическими расстройствами (38,3%,  $n=23$ ), стремились преимущественно или исключительно к трансформации телесных половых признаков (черт лица, фигуры, молочных желез, полового члена и т.д.). Смена гражданского статуса, обретение нового имени, возможность позиционировать себя в обществе вне пола были для них гораздо менее ценными. Клиническая картина расстройства половой идентификации у них определялась проявлениями ТСПС III типа.

Имеющиеся литературные данные о динамике атипичных затяжных пубертатных приступов, указывающие на относительно высокую вероятность их аутохтонного завершения с качественным восстановлением психических функций, поведения и социальной адаптации (Цуцуйковская М.Я., 1999 (1); Цуцуйковская М.Я., 1999 (2)), позволяют предположить существование 4-го этапа ТСПС, который может быть условно обозначен как *этап регресса*. На этом этапе следует ожидать постепенную, продолжающуюся в период с 20 до 25 лет, дезактуализацию трансролевых переживаний с восстановлением полоролевого поведения и идентичности. Однако для подробного описания этапа регресса ТСПС необходимо продолжительное, охватывающее весь период юности, катамнестическое наблюдение за пациентами, которое не было предусмотрено дизайном данного исследования.

Клиническая картина ТС у пациентов, включенных в исследование (группа С), полностью соответствовала критериям МКБ-10 и представленным в научной литературе описаниям (Васильченко Г.С., 1990; Белкин А.И., 1991; Бухановский А.О., 1994; Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012). Результаты исследования подтвердили, что ТС представляет собой редкую, врожденную и непреодолимую психическую аномалию, проявляющуюся субъективно осознаваемой и объективно определяемой тотальной инверсией половой идентификации, социализации и сексуальной

ориентации личности при полном осознании индивидом собственной половой принадлежности. На основании этого, представляется возможным выделить следующие **дифференциально-диагностические критерии** для разграничения ТС и ТСПС при ШР у подростков.

1) *Возраст возникновения расстройства половой идентификации.*

Пациенты из группы С обнаруживали яркие признаки расстройства половой идентификации уже с младшего или среднего дошкольного возраста. Эти нарушения находили отражение в высказываниях детей, в их речи, во внешнем виде, интересах, стремлениях, особенностях коммуникации и группирования со сверстниками. Одновременно явными были активное сопротивление попыткам воспитания согласно полу, отвергание соответствующей полу одежды, родовых окончаний, собственного имени и телесных признаков пола. К подростковому возрасту симптоматика ТС приобретала заверченный характер с заострением специфических полоролевых конфликтов.

У пациентов с ТСПС нарушения идентификации и полоролевого поведения возникали по прошествии 2-3 лет, после начала пубертата ( $15,4 \pm 0,99$  года) и полностью отсутствовали на протяжении предшествующей жизни.

2) *Происхождение и характер сопутствующей психопатологии.*

Частота выявления психических расстройств у пациентов с ТС была существенно ниже, чем у подростков с ШР. Этиология психических нарушений и их качественные характеристики также отличались. Для лиц с ТС были характерны депрессивные расстройства, имеющие очевидную связь со специфическими внутриличностными и межперсональными конфликтами. У пациентов из группы А психопатологические нарушения были представлены широким спектром расстройств, возникающих аутохтонно и первично по отношению к трансролевым. Они имели характерную для ШР динамику развития, дебютируя в пубертате и сопровождаясь существенным

относительно преморбидного склада личности изменением стереотипов реагирования и поведения.

3) *Качественные характеристики расстройства половой идентификации.* Идея о несоответствии своему полу у подростков с ШР была оторвана от реальности и противоречила как общепринятым представлениям о психосексуальном развитии человека (Коломинский Я.Л., 2005; Флотская Н.Ю., 2006; Каган В.Е., 2010; Виноградова Н.А., 2012), так и описанию ТС (Васильченко Г.С., 1990; Бухановский А.О., 1994).

В 86,4% ( $n=38$ ) случаев пациенты с ТС с детского возраста выражали инверсную (обратную) по отношению к полу идентификацию, в 13,6% ( $n=6$ ) – высказывали сомнения в собственной половой принадлежности на основании неспособности идентифицировать себя со своей половой ролью. К подростковому возрасту все пациенты позиционировали себя исключительно инверсно ( $n=44$ ). Свои переживания они формулировали как ощущение тождества лицам противоположного пола и желание выглядеть и презентовать себя соответствующим образом при полном осознании своего фактического пола. Инверсная идентификация не только обозначалась пациентами с ТС в беседе, но и выражалась в поведении. В ответ на просьбу объяснить свои переживания лица с ТС давали развернутые, сугубо индивидуальные, наполненные субъективно значимыми деталями и примерами описания. На уточняющие вопросы они отвечали аргументированными объяснениями, не выражая при этом негативных эмоций. У них полностью отсутствовала потребность в «обучении» имитации образа лиц противоположного пола – инверсное полоролевое поведение было для них естественным на протяжении всей их жизни.

Подростки с ТСПС определяли себя разнообразными способами: в качестве «трансгендеров» или транссексуалов – 61,7% ( $n=37$ ), инверсно – 20% ( $n=12$ ) как «людей без пола» (агендеров) – 10% ( $n=6$ ), посредством не предусмотренных дизайном исследования вариантов – 10% ( $n=6$ ). Они

обнаруживали явные трудности при описании признаков расстройства половой идентификации в детском возрасте, давали противоречивые анамнестические сведения и уклонялись от развернутых ответов на уточняющие вопросы. Характерным было стремление подростков заменять описательное изложение наукообразными обозначениями, относящимися к так называемой «гендерной терминологии». При расспросе о том, откуда им стали известны эти названия, пациенты сообщали, что узнали о них в процессе изучения информации о «трансгендерности» в интернете. Характерными были высказывания об «осознании» своей идентичности в подростковом возрасте после получения данной информации. На просьбы выразить переживания «своими словами» пациенты демонстрировали неспособность это сделать, реагировали раздражением или пассивно отказывались от диалога. Подростки с ТСПС нередко прибегали к «тренировкам» навыков использования инверсных родовых окончаний в речи, а также к «консультациям» у знакомых о том, как «правильно» следует отвечать на вопросы психиатра в процессе обследования, чтобы получить справку об изменении пола.

#### 4) *Качественные характеристики полоролевой социализации.*

Испытывая чувство несоответствия между самоощущением и социальными предписаниями, лица с ТС с детского возраста испытывали и выражали дискомфорт при посещении общественных мест, предусматривающих разделение полов (раздевалок, туалетных комнат, душевых, бань, пляжей и т.п.), а также при участии в видах деятельности, предусматривающих такое разделение (спортивные секции, парные танцы, участие в детских утренниках и театральных постановках с необходимостью исполнять роль соответствующую их полу, уроки труда и физической культуры и т.п.). Мальчики предпочитали преимущественно спокойные, малоподвижные или феминные игры («дочки-матери» и т.п.). В качестве игровых предметов выбирали куклы, мягкие игрушки, игрушечную посуду и т.п. Они увлекались

рукоделием, приготовлением пищи, охотно помогали матерям в ведении домашнего хозяйства. Девочки, напротив, играли в подвижные, соревновательные игры с освоением пространства, увлекались силовыми видами спорта, в домашнем хозяйстве стремились к выполнению «мужской» работы. Приоритетными игрушками становились пистолеты, солдатики, машинки и т.п. Девочки увлекались силовыми видами спорта. Также участники группы С указали на то, что с детского возраста стремились к группированию со сверстниками противоположного пола 81,8% ( $n=36$ ), о трудностях адаптации сообщили 11,4% ( $n=5$ ) участников. Мальчики охотно присоединялись к группам девочек, разделяли их интересы, отвергая традиционно мужские увлечения. Девочки строили равноправные дружеские отношения с мальчиками, в мужских компаниях нередко выполняли роли лидеров и «заводил».

Пациенты с ТСПС не могли подтвердить наличие увлечений, традиционно свойственных лицам противоположного пола. Они общались в смешанных компаниях или не имели близкого круга среди сверстников (56,7%,  $n=34$ ), либо группировались с однополыми сверстниками (43,3%,  $n=26$ ).

5) *Качественные характеристики сексуального влечения и поведения.* Ощущая себя представителями противоположного пола, все пациенты с ТС на всех этапах психосексуального развития демонстрировали гомосексуальную ориентацию. Большинство участников группы С (72,7%,  $n=32$ ) придерживались гомосексуального поведения. Гетеросексуальные контакты (6,8%,  $n=3$ ) реализовывались при полном отсутствии влечения, вынуждено – в стремлении к соответствию культурным нормам. Не вели сексуальную жизнь на момент обследования 20,5% ( $n=9$ ) участников группы С. Испытывая недовольство наличием половых признаков, они не практиковали мастурбацию и генитальные сексуальные контакты. В единичных случаях, нарушающих эту закономерность, обследованные

сообщали лишь о «пробах» совершения этих действий, которые никогда не носили систематического характера и быстро отвергались пациентами.

У пациентов с ТСПС в большинстве случаев интерес к сексу отсутствовал (61,7%,  $n=37$ ). Гетеросексуальное влечение подтвердили 13,3% ( $n=8$ ) подростков, гомосексуальное – 13,3% ( $n=8$ ). В качестве бисексуалов себя позиционировали 11,7% ( $n=7$ ) подростков. Выражая недовольство наличием гениталий в 70% случаев ( $n=42$ ), 68,3% ( $n=41$ ) пациентов с ТСПС подтвердили регулярную мастурбацию, 36,7% ( $n=22$ ) – практиковали генитальные сексуальные контакты.

б) *Объективизация анамнестических сведений.* Субъективные анамнестические данные в группе С полностью соответствовали объективным. На момент обращения к психиатру 59,1% ( $n=26$ ) родителей пациентов поддерживали их стремление к перемене пола. Категоричное неприятие этого выразили только 6,8% ( $n=3$ ). Независимо от субъективного отношения к стремлению пациентов к перемене пола родители называли более ранний возраст возникновения нарушений полоролевого поведения, чем они сами. Так, согласно воспоминаниям лиц с ТС, ощущение несоответствия своему полу они отмечали с  $6,29 \pm 2,4$  лет. По описанию родителей, явные нарушения полоролевого поведения отмечались с  $5,3 \pm 2,3$  лет. Также анамнестические данные полностью подтверждались материальными свидетельствами.

Предоставляемые подростками с ТСПС сведения о наличии у них расстройства идентификации с детского возраста резко противоречили как объективному анамнезу, так и материальным свидетельствам. Родители в большинстве случаев (86,1%,  $n=31$ ) выражали протест против стремления пациентов к изменению пола, отмечая «внезапный» характер возникновения идей о принадлежности к «трансгендерам» в пубертате, резким изменением полоролевого поведения.

Отсутствие среди дифференциально-диагностических критериев кросс-дрессинга и полоролевых нарушений в причёске и речи обусловлено тем фактом, что данные проявления часто имитировались пациентами с ШР. В то же время полное отсутствие полоролевых отклонений во внешнем виде и в речи, в особенности у девушек, является нехарактерным для ТС.

**Лечение** подростков с ТСПС при ШР было сопряжено с необходимостью разрешения ряда специфических конфликтов. В процессе работы с пациентами нам приходилось наблюдать 3 разновидности таких конфликтов: 1) между пациентом и его родителями, обусловленный возникшей трансролевой идентификацией подростка и его стремлением к перемене пола; 2) конфликт между врачом/психотерапевтом и пациентом в отношении целей обследования и лечения, в основе которого лежала психопатологическая симптоматика – ригидные механизмы совладания, сверхценные и бредовые идеи, подозрительность, сенситивные идеи отношения и толкования; 3) конфликт между врачом/психотерапевтом и членами ближайшего окружения пациента (родителями или членами среды группирования пациентов). Разрешение этих конфликтов происходило посредством психообразовательных бесед, установления комплаенса, тактики «нейтралитета» в отношении полоролевого поведения, внешнего вида и социального позиционирования подростков с отказом от попыток их коррекции посредством убеждения или суггестивных воздействий.

Лечение включало фармакотерапию (антипсихотические препараты, стабилизаторы настроения, анксиолитики и антидепрессанты), индивидуальную и семейную психотерапию и было, в целом, единообразным у пациентов из групп А и В.

Продолжительность наблюдения на этапе терапии составляла  $12,56 \pm 6,1$  месяцев в группе А и  $16,73 \pm 8,9$  месяцев в группе В.

Наиболее эффективным методом лечения нам представляется комплексная терапия, сочетающая в себе адекватную фармакотерапию с

акцентом на антипсихотических препаратах, психообразование и психотерапию. Притом подход к лечению пациентов с ШР из основной и контрольной групп был, в целом, универсален. Особенность терапии подростков с ТСПС заключалась лишь в необходимости разрешения ряда специфических конфликтов: 1) между пациентом и его родителями; 2) между врачом/психотерапевтом и пациентом; 3) между врачом/психотерапевтом и членами ближайшего окружения пациента (родителями или членами среды группирования пациентов). Их преодоление происходило посредством психообразовательных бесед, установления комплаенса, тактики «нейтралитета» в отношении полоролевого поведения, внешнего вида и социального позиционирования подростков с отказом от попыток их коррекции посредством убеждения или суггестивных воздействий.

Значительное и явное улучшение психического состояния с восстановлением нормативной половой идентификации наблюдалось у 23,6% ( $n=10$ ) пациентов с ТСПС при ШР.

У 38,1% ( $n=16$ ) наблюдалось улучшение настроения, снижение выраженности тревоги, раздражительности, навязчивых мыслей. При этом сохранялась нестабильность аффекта с периодической аутохтонной и ситуационной актуализацией навязчивых мыслей и аутоагрессивных влечений. Эти пациенты продолжали позиционировать себя вне пола, однако были значительно менее настойчивы в стремлении к перемене пола, сообщали о появлении сомнений на этот счет, начинали допускать обращение к себе по имени и в соответствующем полу роде, по собственной инициативе изменяли внешний облик и поведение, приближая его к соответствующему полу.

Минимальный положительный ответ на терапию с послаблением психопатологической симптоматики при сохранении выраженной нестабильности состояния с аффективными колебаниями, частой аутохтонной актуализацией невротоподобных нарушений, расстройств

влечений и психотических феноменов продемонстрировали 38,1% (n=16) пациентов. У этих пациентов также сохранялись проявления ТСПС.

Причины недостаточного терапевтического эффекта были обусловлены затяжным и фармакорезистентным характером основного заболевания, что подтверждается сопоставимым эффектом лечения в основной и контрольной группах, а также данными научной литературы (Цуцуйковская М.Я., 1999 (1); Цуцуйковская М.Я., 1999 (2)).

Таким образом, полученные в ходе проведенного исследования данные расширяют имеющееся научное представление о «вторичных» расстройствах половой идентификации у больных ШР. Описанные клинико-феноменологические и динамические характеристики ТСПС при ШР открывают новые подходы к диагностике, способствуя обеспечению квалифицированной и гуманной медицинской помощи пациентам, выражающим недовольство своим полом. Основанная на результатах исследования стратегия терапии продемонстрировала свою эффективность и может быть использована в медицинской практике.

## ВЫВОДЫ

1. ТСПС у подростков с ШР представляют собой результат патоморфоза затяжных атипичных пубертатных приступов (гебоидной шизофрении, гебоидофрени) под влиянием современной информационной среды. Клинические проявления ТСПС обусловлены следующими факторами: 1) неодинаковым представлением подростков о расстройствах половой идентификации, сформированным противоречивой и преимущественно недостоверной информацией; 2) психопатологической основой трансролевых переживаний (структурой приступа); 3) полом пациентов; 4) аффективным фоном.

2. Предиспозицию к ТСПС у подростков с ШР составляет, с одной стороны, возникший в условиях психосоциальной дезадаптации субъективно значимый и затяжной полоролевой конфликт, с другой – обстоятельства, в связи с которыми преодоление этого конфликта становилось возможным в глазах пациента только посредством отказа им от обусловленной полом социальной роли.

2.1. К *специфическим факторам* предиспозиции относятся: 1) сенситивный личностный радикал; 2) нарушения полового воспитания; 3) насмешки и упреки в семье, затрагивающие полоролевою сферу; 4) появление в ближайшем окружении пациентов сверстников, позиционирующих себя в качестве «трансгендеров»; 7) усиление влияния LGBTQ-движения в медиaprостранстве; 8) популяризация в подростковой среде тем, связанных с расстройствами половой идентификации.

2.2. *Неспецифическое влияние* на возникновение ТСПС оказывают: 1) основные проявления ШР: аффективные и неврозоподобные расстройства, синдром метафизической интоксикации, структурные нарушения мышления; 3) женский пол; 4) насмешки, затрагивающие полоролевою сферу, в коллективе сверстников; 5) повышение доступности высокоэффективных средств потребления и передачи информации.

3. Формирование ТСПС происходило по прошествии 2-3 лет после дебюта ШР и имело этапное развитие.

На *этапе предиспозиции* происходит постепенное накопление и консолидация специфических и неспецифических предрасполагающих факторов.

На *этапе инициации* происходит индуцирование подростков идеями о принадлежности к «трансгендерам». В качестве индукторов выступали: информационная среда; лица, позиционирующие себя в качестве «трансгендеров»; психиатры и психологи.

На *этапе трансформации* наблюдается изменение облика и поведения пациентов согласно их представлению о «трансгендерах» и патоморфоз ТСПС в соответствии с клинической структурой манифестирующего атипичного затяжного пубертатного приступа.

4. Выделены следующие дифференциально-диагностические критерии для разграничения ТСПС при ШР у подростков и ТС.

1) *Возраст возникновения объективно определяемых признаков расстройства половой идентификации:* при ТСПС трансролевые переживания возникали по прошествии 2-3 лет после вступления в пубертат, при ТС – с дошкольного возраста;

2) *Происхождение и характер сопутствующей психопатологии:* у подростков с ШР психопатологические нарушения были представлены значительно более широким, чем при ТС, спектром расстройств, возникающих аутохтонно и первично по отношению к трансролевым переживаниям. Они имели характерную для ШР динамику развития, дебютируя в пубертате и сопровождаясь существенным относительно преморбидного склада личности изменением стереотипов реагирования и поведения.

3) *Качественные характеристики расстройства половой идентификации:* для пациентов с ШР было характерно разнообразие вариантов полоролевого самопозиционирования (включая идентификацию

себя в качестве «трансгендеров», «людей без пола», а также различные вычурные варианты), лица с ТС выражали исключительно инверсную идентификацию.

4) *Качественные характеристики полоролевой социализации:* пациенты с ШР не обнаруживали свойственную лицам с ТС инверсию полоролевой социализации личности в увлечениях и специфике группирования.

5) *Качественные характеристики сексуального влечения и поведения:* подросткам с ШР были свойственны инфантильность и недифференцированность полового влечения, лицам с ТС – исключительно гомосексуальное влечение.

б) *Объективизация анамнестических сведений:* предоставляемые подростками с ШР субъективные анамнестические данные резко противоречили объективным данным. У лиц с ТС субъективные и объективные сведения совпадали вне зависимости от отношения участвовавших в обследовании членов семьи к желанию пациентов изменить свой пол.

5. Лечение подростков с ТСПС включало психофармакотерапию симптомов ШР и коррекцию посредством психотерапии и психообразования возникшей в результате болезни социальной дезадаптации. Особенность лечения подростков с ТСПС определяла необходимость разрешения ряда специфических для данной категории пациентов конфликтов – между пациентом и его родителями, между врачом и пациентом, между врачом и членами ближайшего окружения пациента. Это достигалось посредством установления доверительных отношений, психообразовательных бесед с пациентом и его родителями, а также применением тактики «нейтралитета» в отношении трансролевого позиционирования подростка. Суть этой тактики составлял отказ как от попыток непосредственной коррекции трансролевого позиционирования посредством убеждения, так и от его поддержки.

Проводимое таким образом лечение продемонстрировало свою эффективность: у пациентов происходило восстановление половой идентификации и отказ от стремления к перемене пола по мере компенсации психопатологического состояния. Одновременно подростки с актуальными симптомами ШР обнаруживали сохранение трансролевых переживаний.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Г.Н. Особенности полового самосознания у молодых женщин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра / Г.Н. Алексеева // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. – Т.28. – №4. – С. 106-109.
2. Аутохтонные непсихотические расстройства/ под. ред. А.П. Коцюбинского. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 495 с.
3. Белкин А.И., Карпов А.С. Транссексуализм: методические рекомендации по смене пола. – М., 1991. – 21 с.
4. Бильжо А.Г. Благоприятные исходы на уровне практического выздоровления при юношеской малопргредиентной шизофрении: дисс. ... канд. мед. наук. / А.Г. Бильжо. – М., 1987. – 290 с.
5. Бухановский А.О. Результаты клинического и экспериментально-психологического исследования при диагностике патологии личности с инверсией половой идентификации и ориентации/ А.О. Бухановский, О.К. Труфанова, Т.В. Иванова // Пятый всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. 1985. – Т.1. – С. 192-194.
6. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадаптация и реабилитация: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.О. Бухановский. – М., 1994. – 25 с.
7. Бухановский А.О., Спиридонова Н.В. Транссексуализм или шизофрения? А были ли основания для смены пола / А.О. Бухановский, Н.В. Спиридонова // Независимый психиатрический журнал. 2011. – №2. – С. 23-32.
8. Ваторопин А.С., Миронова Е.Н. Процесса институционализации полиаморов как социальной группы / А.С. Ваторопин, Е.Н. Миронова //

- Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2021. – Т.74. – №5. – С. 145-156.
9. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы / Г.Е. Введенский, С.Н. Матевосян // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. – Т. 27. – №3 – С. 102-105.
  10. Введенский Г.Е. Феноменология идей смены пола у больных шизотипическим расстройством / Г.Е. Введенский // Медицинский вестник Юга России 2022. – Т.13. – №3. – С. 32-35
  11. Виноградова К.С. Гендерная неконформность как проблема ментализации / К.С. Виноградова // Медицинский вестник Юга России. 2022. – Т.13. – №3. – С. 7-12. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-7-12.
  12. Виноградова Н.А. Формирование гендерной идентичности. Методическое пособие/ Н.А. Виноградова // – М.: ТЦ «Сфера», 2012. – 118 с.
  13. Воловик В.М. Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / В.М. Воловик. – Л., 1980. – 39 с.
  14. Горюнов А.В. История формирования взглядов на шизотипическое расстройство в детском возрасте / А.В. Горюнов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. – Т.121. – №9. – С. 90-99. DOI: 10.17116/jnevro202112109190
  15. Дворянчиков Н.В., Новикова З.Д. Исследование образа «Я» у лиц с расстройствами половой идентичности как дополнительный критерий дифференциальной диагностики при экспертизе спорных половых состояний / Н.В. Дворянчиков, З.Д. Новикова // Психология и право. 2016. – Т.6. – № 4. – С. 142-154.
  16. Детская психиатрия: учебник / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – М.: Питер, 2005. – 1120 с.

17. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю. С. Шевченко. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Мед. информ. агентство (МИА), 2017. – 1122 с.
18. Добряков И.В., Фесенко Ю.А. / Влечения детей и подростков: становление, проявления, отклонения // И. В. Добряков, Ю. А. Фесенко. –СПб.: Проспект Науки, 2022. – 344 с.
19. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Кто обращается к психиатру с запросом на изменение пола: результаты 30-летнего исследования / А.В. Дьяченко, О.А. Бухановская, В.А. Солдаткин, А.Я. Перехов // Психиатрия. 2020. – Т.18. – №3. – С. 32-41. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41.
20. Жмуров В.А. Большой толковый словарь терминов психиатрии / В.А. Жмуров – Элиста: ЗАОр НПП «Джангар», 2010. – 864 с.
21. Жмуров В.А. Психиатрия детско-подросткового возраста / В.А. Жмуров – М.: Медицинская книга, 2016. – 552 с.
22. Иванец Н.Н., Ефремова Е.Н. Клинические характеристики начальных этапов шизотипического расстройства / Н.Н. Иванец, Е.Н. Ефремова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. – Т.112. – №4. – С. 23-26.
23. Иванец Н.Н., Ефремова Е.Н. Психопатологические особенности аффективных расстройств при шизотипическом расстройстве / Н.Н. Иванец, Е.Н. Ефремова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. – Т.118. – №6. – С.4-9. DOI: 10.17116/jnevro2018118614
24. Каган В.Е. Когнитивные и эмоциональные аспекты гендерных установок у детей 3-7 лет / В.Е. Каган // Вопросы психологии. 2010. – № 2. – С. 18-22.
25. Каледа В.Г. Юношеская шизофрения: особенности психопатологии, клиники и терапии / В.Г. Каледа // Журнал неврологии и психиатрии

- им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2015. – Т.115. №11-2. – С. 26-33.  
DOI: 10.17116/jnevro201511511226-33
26. Кибрик Н.Д. Растройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактика ведения пациентов / Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов, А.П. Журавель // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. – Т.27. – №4. – С. 63-69.
27. Клиническая психометрика: учебное пособие / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 312 с.
28. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей) / В.В. Ковалев – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
29. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
30. Коломинский Я.Л. Ролевая дифференциация пола у дошкольников / Я.Л. Коломинский // Вопросы психологии. 2005. – №3. – С. 165-171.
31. Колюцкая Е.В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушениях шизофренического спектра: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. / Е.В. Колюцкая – М., 2001. – 26 с.
32. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте / М.В. Коркина – М.: Медицина, 1984. – 224 с.
33. Кочарян Г.С. Транссексуальность: диагностические подходы и клиническое наблюдение / Г.С. Кочарян // Здоровье мужчины. 2019. – № 1. – С. 80–85.
34. Корси Е. Проблемы повседневной жизни трансгендера в России / Е. Корси // Вестник общественного мнения. 2017. – Т.124. – №1-2. – С. 190-202
35. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства. Пер. с нем. / Р. Крафт-Эбинг – М.: Книжный Клуб Книговек, 2013. – 624 с.

36. Крылов В.И. Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства / В.И. Крылов. Ростов-на-Дону: Профпресс, 2016. – 300 с.
37. Кулиш С.Б. Синдром половой дисфории у мужчин с заболеваниями шизофренического спектра / С.Б. Кулиш // Российский психиатрический журнал. 2009. – №4. – С. 52-58
38. Лебедева Г.Г. Мышление при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве: сравнительное исследование / Г.Г. Лебедева // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2015. – Т.8. – №2. – С. 34-42.
39. Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р., Степанова А.В. Когнитивный дефицит при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве: сравнительное исследование когнитивных нарушений / Г.Г. Лебедева, Е.Р. Исаева, А.В. Степанова // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2013. – Т.133. – №5. – С. 155-160.
40. Лебедева Г.Г., Степанова А.В., Коцюбинский А.П. Комплексное психологическое исследование пациентов с расстройствами шизофренического спектра / Г.Г. Лебедева, А.В. Степанова, А.П. Коцюбинский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2017. – № 3. – С. 66-73.
41. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е доп. и перераб. / А.Е. Личко – Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние, 1983. – 255 с.
42. Личко А.Е. Шизофрения у подростков / А.Е. Личко – Л.: Медицина Ленингр. отд-ние, 1989. – 214 с.
43. Макушкин Е.В., Симашкова Н.В., Пережогин Л.О., Горюнов А.В. Шизофрения в детском и подростковом возрасте. Клинические рекомендации. / Е.В. Макушкин, Н.В. Симашкова, Л.О. Пережогин,

- А.В. Горюнов // Российский психиатрический журнал. 2016. – № 6. – С. 62-80.
44. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола) / С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 400 с.
45. Матевосян С.Н. Расстройства половой идентичности: история изучения проблемы и распространенность в Российской Федерации / С.Н. Матевосян, Ю.А. Тишова, С.Ю. Калинин, Л.В. Руденко // Российский психиатрический журнал. 2008. – №3. – С. 65-71.
46. Материалы конференции «Трансформация подходов к здоровью трансгендерных людей. МКБ-10, МКБ-11». г. Таллин, 15-16 ноября 2019 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.transcoalition.net/documents-conference-in-tallinn-2019/> (дата обращения: 05.08.2021).
47. Менделевич В.Д. Почему транссексуализм не является психическим расстройством, или как сделать психиатрическую классификацию научной / В.Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 2018. – Т. L. – №3. – С. 5-10.
48. Менделевич В.Д. Небинарная гендерная идентичность и трансгендерность вне психиатрического дискурса / В.Д. Менделевич // Неврологический вестник. 2020. – Т. LII. – № 2. – С. 5–11.
49. Местиашвили М.Г. Клинико-психопатологические особенности инициальной стадии непрерывнотекущей шизофрении у подростков. Автореф. дис... д. м. н. / Местиашвили Мириан Георгиевич. – Тбилиси, 1968. – 46 с.
50. Мучник М.М. Психотерапевтическая динамика в аналитической группе / М.М. Мучник, В.Я. Семке, А.В. Семке – Томск: РАСКО, 2001. – 155 с.

51. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация / Нуллер Ю.Л. – Л.: Медицина, 1981. – 207 с.
52. Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М. Е. Литвак. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003. – 416 с.
53. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова.– 6 е изд.– М.: МЕДпресс информ, 2012 – 656 с.
54. Отдельнова К.А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях / К.А. Отдельнова // Сб. трудов 2-го ММИ. 1980. –Т. 150. – № 6. – С. 18-22.
55. Основы психофармакологии Штала. Руководство для практикующих врачей: дети и подростки / Стефан М. Шталь ; пер. с англ. ; под общ ред. А.В. Горюнова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2022. – 744 с.
56. Пантелеева Г.П. Гебоидная шизофрения / Г.П. Пантелеева, М.Я. Цуцульковская, Б.С. Беляев. – М.: Медицина, 1986. – 192 с.
57. Петина Т.М., Гридина В.В. Дискурсивные практики отношения к сексуальным меньшинствам в молодежной среде / Т.М. Петина, В.В. Гридина // Образование и проблемы развития общества. 2018. – Т.2. – № 6. – С. 64–71.
58. Петрова Н.Н. Вопросы половой идентичности и оказания психиатрической помощи / Н.Н. Петрова, Е.М. Чумаков, О.В. Лиманкин, Л.А. Азарова // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. – Т.31. – № 1. – С. 80-89.
59. Пискарева Т.К., Ениколопов С.Н. Нарушения половой идентичности и проблемы психического здоровья / Т.К. Пискарева, С.Н. Ениколопов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2019. – № 3. – С. 28-35. DOI: 10.31363/2313-7053-2019-3-28-35

60. Плохинский Н.А. Биометрия. 2-е изд. / Н.А. Плохинский – М.: Изд-во МГУ, 1970. – 367.
61. Попова Г.А. Расстройство половой самоидентификации в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности. : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Попова Галина Анатольевна. – М., 2020. – 218 с.
62. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1109н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах»
63. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н. Г. Незнанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1891 с.
64. Психические расстройства и расстройства поведения: класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. – М., 1998. – 512 с.
65. Пффэфлин Ф. Транссексуальность. Психопатология, психодинамика, лечение – М., 2002. – 193 с.
66. Рыбаковский Я. Литий – необыкновенное средство в психиатрии / Я. Рыбаковский. – М.: ИД «Городец», 2021. – 280 с.
67. Сафронов В.В., Старцева О.И., Адамян Р.Т., Ибрегимова М.Р. Распространенность транссексуализма в мире / В.В. Сафронов, О.И. Старцева, Р.Т. Адамян, М.Р. Ибрегимова // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2021. – №4. – С. 69-76. DOI: 10.17116/plast.hirurgia202104169
68. Смулевич А.В., Воробьев В.А. Деперсонализация, клинико-психопатологические аспекты / А.В. Смулевич, В.А. Воробьев // Журнал невропатологии и психиатрии. 1973. – №8. – С. 1242-1252.

69. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич – М.: Медицина, 1987г. – 240 с.
70. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. – Т. 109. – №11. – С. 4-15.
71. Соловьева Н.В., Кремницкая С.А., Макарова Е.В. Клинические и социально-демографические факторы, влияющие на социальную адаптацию лиц с гендерным несоответствием / Н.В. Соловьева, С.А. Кремницкая, Е.В. Макарова // Медицинский вестник Юга России. 2022. – Т.13. – №3. – С. 50-58. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-50-58
72. Старостина Е.А., Ягубов М.И. Клинико-феноменологические особенности формирования идей смены пола при расстройствах шизофренического спектра / Е.А. Старостина, М.И. Ягубов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. – Т. 121. – №3. – С. 18-23.
73. Старостина Е.А. Особенности нарушений гендерной идентичности при расстройствах шизофренического спектра в сравнении с транссексуализмом/ Е.А. Старостина // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2023. – №3. – С. 15-24
74. Сухарева Г.Е. О некоторых особенностях симптоматики шизофрении у детей и подростков в переходных фазах развития / / Г.Е. Сухарева // Вопросы детской психоневрологии. Т. 25/ – Л.: Гос. н.-и. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева, 1961. – С. 57– 66.
75. Текст выступления заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Сергея Глаголева на 76-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве от имени Союзного государства. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/news/2023/05/22/> (дата обращения: 23.05.2023).

76. Ушкова И.В., Киреев Е.Ю. Трансгендерность в современном российском обществе / И.В. Ушкова, Е.Ю. Киреев // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2017. – № 2. – С. 82-96. DOI: 10.14515/monitoring.2017.2.05
77. Федеральный закон от 24.07.2023 № 386-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
78. Флотская Н.Ю. Развитие половой идентичности в онтогенезе. : дисс. ... д-ра психол. наук : 19.00.13 / Флотская Наталья Юрьевна. – М., 2006. – 459 с.
79. Цукер К. Дж., Бредли С. Дж. Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у подростков / К. Дж. Цукер, С. Дж. Бредли – М.: ИД «Городец», 2020. – 640 с.
80. Цуцельковская М.Я. (1) Шизофрения, протекающая в виде атипичного затяжного пубертатного приступа / / М.Я. Цуцельковская // Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/ под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. — 712 с – С. 446– 457.
81. Цуцельковская М.Я. (2) Лечение атипичных затяжных пубертатных приступов / / М.Я. Цуцельковская // Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/ под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. — 712 с – С. 539– 541.
82. Частная сексопатология / под ред. Г.С. Васильченко. – М., 1983. – 352 с.
83. Чудинова Н.А. Стигматизация ЛГБТ среди студенчества г. Перми / Н.А. Чудинова // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. 2018. – Т. 1. – № 2. – С. 459-467.
84. Чумаков Е.М. Результаты скрининга психосоциальной адаптации трансгендерных лиц, проживающих в России / Е.М. Чумаков, Ю.В. Ашенбреннер, Л.А. Азарова, Н.Н. Петрова, О.В. Лиманкин // XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом

Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению»: сборник материалов конференции (15–18 мая 2021 года). – Санкт-Петербург. – С. 2011-2012.

85. Чумаков Е.М. Социальные и медицинские аспекты практики трансгендерного перехода в России/ Е.М.Чумаков, Н.Н. Петрова, Ю.В. Ашенбреннер, Л.А. Азарова, О.В. Лиманкин // Неврологический вестник. 2022 Т. LIV. Вып. 1. С. 11–22. DOI: 10.17816/nb97274.
86. Шизотипическое расстройство. Позитивные (неврозоподобные и субпсихотические) симптомокомплексы: методические рекомендации / А.П. Коцюбинский, Ю.В. Исаенко, И.О. Аксенова, А.М. Моргунова, М.К. Ражева – СПб, 2018. – 42 с.
87. Abu-Akel A., Baxendale L., Mohr C., Sullivan S. The association between schizotypal traits and social functioning in adolescents from the general population / A. Abu-Akel, L. Baxendale, C. Mohr, S. Sullivan // *Psychiatry Res.* 2018. –№270. – P. 895-900. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.11.007.
88. Altman D.G. *Practical Statistics for Medical Research.* Chapman and Hall / D.G. Altman // CRC. – 1990. – 624 p.
89. Bancroft J. *Seksualność człowieka.* / J. Bancroft // Wrocław: Elsevier Urban & Partner. 2011. – 560 p.
90. Bathori N., Polner B., Simor P. Schizotypy unfolding into the night? Schizotypal traits and daytime psychotic-like experiences predict negative and salient dreams / N. Báthori, B. Polner, P. Simor // *Schizophr Res.* 2022. –№246. –P. 17-25. DOI: 10.1016/j.schres.2022.05.020.
91. Battaglia M. // A family study of schizotypal disorder / M. Battaglia, L. Bernardeschi, L. Franchini, L. Bellodi, E. Smeraldi // *Schizophr Bull.* – 1995. – Vol. 21, №1. – P. 33-45. DOI: 10.1093/schbul/21.1.33.

92. Becker I., Ravens-Sieberer U., Ottová-Jordan V., Schulte-Markwort M. Prevalence of Adolescent Gender Experiences and Gender Expression in Germany / I. Becker, U. Ravens-Sieberer, V. Ottová-Jordan, M. Schulte-Markwort // *J. Adolesc Health.* – 2017. – Vol. 61, № 1. – P. 83-90. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2017.02.001.
93. Becker-Hebly I., Briken P., Schulte-Markwort M., O Nieder T. Transgender in Adolescence: State of the Art and Future Research Needs / I. Becker-Hebly, P. Briken, M. Schulte-Markwort, T. O Nieder // *Psychother Psychosom Med Psychol.* – 2020. – Vol. 70, № 3-4. – P.151-162. DOI: 10.1055/a-1082-0650
94. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. New York and London: The Julian Press Inc. –1966. – 286 p.
95. Borrás L., Huguelet P., Eytan A. Delusional “pseudotranssexualism” in schizophrenia // *Psychiatry.* – 2007. – Vol.70, №2. – P. 175–179. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.2.175
96. Bowman S.J. Assessing gender dysphoria: A systematic review of patient-reported outcome measures [Электронный ресурс] / S.J. Bowman , L.J. Casey, J. McAloon, B.M. Wootton // *Psychol. Sex. Orientat. Gend. Divers.* Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26835611/> (Дата обращения: 04.03.2022).
97. Brüne M. Delusional «pseudotranssexualism» in schizophrenic psychosis / M. Brüne // *Psychiatr Prax.* – 1996. – Vol.23, №5. – P. 246-7.
98. Caldwell C., Keshavan M.S. Schizophrenia with secondary transsexualism / C. Caldwell, M.S. Keshavan // *Canadian Journal of Psychiatry.* – 1991. – Vol.36, №4. – P. 300–301.
99. Chemerinski E. Schizotypal personality disorder. / E. Chemerinski, J. Triebwasser, P. Roussos, L.J. Siever // *J. Pers Disord.* – 2013. – Vol.27, №5. – P. 652-679. DOI: 10.1521/pedi\_2012\_26\_053

100. Commander M., Dean C. Symptomatic trans-sexualism / M. Commander, C. Dean // Br. J. Psychiatry. – 1990. – Vol.156, №6. – P. 894–896
101. Defreyne J. Sexual orientation in transgender individuals: results from the longitudinal ENIGI study / J. Defreyne, E. Elaut, M. Den Heijer, B. Kreukels, A.D. Fisher, G. T'Sjoen // Int. J. Impot. Res. – 2020. – Vol.33, №7. – P. 694-702. DOI: 10.1038/s41443-020-00402-7.
102. Durwood L. Mental Health and Self-Worth in Socially Transitioned Transgender Youth / L. Durwood, K.A. McLaughlin, K.R. Olson // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2017. – Vol.56, №2. – P. 116-123. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.10.016.
103. Fuss J., Auer M.K., Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. Curr. Opin. Psychiatry. – 2015. – Vol.28, № 6. – P. 430-4. DOI:10.1097/YCO.0000000000000203.
104. Gittleson N.L., Dawson-Butterworth K. Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics / N.L. Gittleson, K. Dawson-Butterworth // Br. J. of Psychiatry. – 1967. – Vol.113, №498 – P. 491-4 DOI: 10.1192/bjpsy.113.498.491
105. Gong J., He Y., Wang S., Liu J. Emotion Regulation and Depressive Symptoms Mediate the Association Between Schizotypal Personality Traits and Suicidality in Chinese College Students / J. Gong, Y. He, S. Wang, J. Liu // Arch Suicide Res. – 2022. – Vol.26, №2. – P. 614-625. DOI: 10.1080/13811118.2020.1818655.
106. Hare K. Psychotic Experiences and Schizotypy in Early Adolescence Predict Subsequent Suicidal Ideation Trajectories and Suicide Attempt Outcomes From Age 18 to 38 Years / K. Hare, R. Poulton, R.J. Linscott // Schizophr Bull. – 2021. – Vol.47, №2.– P. 456-464. DOI: 10.1093/schbul/sbaa151

107. Hruz P.W. Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria / P.W. Hruz // *Linacre Q.* – 2020. – Vol.87, №1. – P. 34-42. DOI: 10.1177/0024363919873762.
108. ICD-11. [Электронный ресурс]. режим доступа: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (дата обращения: 01.10.2022).
109. Jakobsen K.D., Skyum E., Hashemi N., Schjerning O., Fink-Jensen A., Nielsen J. Antipsychotic treatment of schizotypy and schizotypal personality disorder: a systematic review / K.D. Jakobsen, E. Skyum, N. Hashemi, O. Schjerning, A. Fink-Jensen, J. Nielsen // *J. Psychopharmacol.* – 2017. – Vol.31., №4. – P. 397-405. DOI: 10.1177/0269881117695879.
110. Kaplan A.M., Smith C.M. Schizotypal personality disorder disguised as dissociative identity disorder / A.M. Kaplan, C.M. Smith // *BMJ Case Rep.* – 2021. – Vol.14. – №7. – e243454. DOI: 10.1136/bcr-2021-243454.
111. Keshavan M., Shad M., Soloff P., Schooler N. Efficacy and tolerability of olanzapine in the treatment of schizotypal personality disorder. / M. Keshavan, M. Shad, P. Soloff, N. Schooler // *Schizophr Res.* – 2004. – Vol.71., №1. – P. 97-101. DOI: 10.1016/j.schres.2003.12.008.
112. Kirchner S.K., Roeh A., Nolden J., Hasan A. Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review / S.K. Kirchner, A. Roeh, J. Nolden, A. Hasan. // *NPJ Schizophr.* – 2018. – Vol.4., №1. – P. 20. DOI: 10.1038/s41537-018-0062-8.
113. Klang A. The impact of schizotypy on quality of life among adults with autism spectrum disorder / A. Klang, B. Westerberg, M.B. Humble, S. Bejerot // *BMC Psychiatry.* – 2022. – Vol.22, №1. – P. 205. DOI: 10.1186/s12888-022-03841-2.
114. Koenigsberg H.W., Reynolds D., Goodman M., New A.S., Mitropoulou V., Trestman R.L., Silverman J., Siever L.J.. Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder / H.W. Koenigsberg, D. Reynolds, M. Goodman, A.S. New, V. Mitropoulou, R.L. Trestman, J. Silverman, L.J.

- Siever // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol.64, №6. – P. 628-634. DOI: 10.4088/jcp.v64n0602.
115. Lambrese J. Suppression of Puberty in Transgender Children / J. Lambrese // *Virtual Mentor.* – 2010. – Vol.12, №8. – P. 645-9 DOI: 10.1001/virtualmentor.2010.12.8.jdsc1-1008
116. Levin R. Nightmares and schizotypy *Psychiatry.* / R. Levin // *Psychiatry.* – 1998. – Vol.61, №3. – P. 206-16. DOI: 10.1080/00332747.1998.11024832.
117. Littman L. Rapid Onset of Gender Dysphoria in Adolescents and Young Adults: a Descriptive Study / L. Littman // *Journal of Adolescent Health.* – 2017. – Vol.60, №2. – P. 95–96. DOI:10.1016/j.jadohealth.2016.10.369
118. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria/ L. Littman // *PLoS One.* – 2018. – Vol.13, №8. – e0202330. DOI: 10.1371/journal.pone.0202330.
119. Marchiano L. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics / L. Marchiano // *Psychological Perspectives A Semiannual Journal of Jungian Thought.* – 2017. – Vol.60, №3. – P. 345-366. DOI: 10.1080/00332925.2017.1350804
120. McGlashan T. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states/ T. McGlashan, T. Miller, S. Woods, R. Hoffman, L. Davidson // *The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.* – 2001. – P. 135-149.
121. Miller T. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states / T. Miller, T. McGlashan, S. Woods, K. Stein, N. Driesen, C. Corcoran, R. Hoffman, L. Davidson // *Psychiatric Quarterly.* – 1999. – №70. – P. 273-287.
122. Mittal V.A. Elevated social Internet use and schizotypal personality disorder in adolescents / V.A. Mittal, K.D. Tessner, E.F. Walker // *Schizophr Res.* – 2007. – Vol. 94, №1-3. – P. 50-7. DOI: 10.1016/j.schres.2007.04.009.

123. Pang K.C. Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia / K.C. Pang, N.M. de Graaf, D. Chew, M. Hoq, D.R. Keith, P. Carmichael, T.D. Steensma // JAMA. – 2020. – Vol.3, №7.– e2011161. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.11161
124. Pellicane M.J., J.A. Ciesla Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis / M.J. Pellicane, J.A. Ciesla //Clin. Psycho.l Rev. – 2022. – №91. – P. 102-113. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102113.
125. Poletti M., Raballo A. Childhood schizotypal features vs. high-functioning autism spectrum disorder: Developmental overlaps and phenomenological differences. / M. Poletti , A. Raballo // Schizophr Res. – 2020. – №223. – P.: 53-58. DOI: 10.1016/j.schres.2020.09.027.
126. Priest M. Transgender Children and the Right to Transition: Medical Ethics When Parents Mean Well but Cause Harm / M. Priest // Am. J. Bioeth. – 2019. – Vol.19, №2. – P. 45-59.
127. Premkumar P. Schizotypal traits and their relation to rejection sensitivity in the general population: Their mediation by quality of life, agreeableness and neuroticism / P. Premkumar, J. Onwumere, L. Betts, F. Kibowski, Kuipers E. // Psychiatry Res. – 2018. – №267. – P. 201-209. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.06.002.
128. Premkumar P. The path from schizotypy to depression and aggression and the role of family stress / P. Premkumar, E. Kuipers, V. Kumari // Eur Psychiatry. – 2020. – Vol.63, №1. – e79. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.76.
129. Reed G.M. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders available for review and comment / G.M. Reed, J. Drescher, R.B. Krueger, E. Atalla, S.D. Cochran, M.B. First, P.T. Cohen-Kettenis, I.

- Arango-de Montis, S.J. Parish, S. Cottler, P. Briken, S. Saxena // *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. – 2016. – Vol.15, №2. – P. 112-113. DOI:10.1002/wps.20322
130. Reisner S.L. Advancing Methods for U.S. / S.L. Reisner, M.B. Deutsch, S. Bhasin, W. Bockting, G.R. Brown, J. Feldman, R. Garofalo, B. Kreukels, A. Radix, J.D. Safer, V. Tangpricha, G. T’Sjoen, M. Goodman // *Transgender Health Research Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. – 2016. – Vol.23, №2. – P. 198-207. DOI: 10.1097/MED.000000000000229A.
131. See A.Y., Klimstra T.A., Shiner R.L., Jaap J.A. Denissen Linking narrative identity with schizotypal personality disorder features in adolescents / A.Y. See, T.A. Klimstra, R.L. Shiner, J.A. Jaap // *Personal Disord*. – 2021. – Vol.12, №2. – P. 182-192. DOI: 10.1037/per0000414.
132. Sher L. Schizotypal personality disorder and suicide: problems and perspectives / L. Sher // *Acta Neuropsychiatr*. – 2021. – Vol.33, №5. – P. 280-282. DOI: 10.1017/neu.2021.19.
133. Shrier A. Irreversible damage. The transgender craze seducing our daughters. [Электронный ресурс] – 2020. – Режим доступа: <https://archive.org/details/shirier-2020-irreversible-damage/mode/2up> (дата обращения: 24.08.2021).
134. Siever L.J. Increased morbid risk for schizophrenia-related disorders in relatives of schizotypal personality disordered patients / L.J. Siever, J.M. Silverman, T.B. Horvath, H. Klar, E. Coccaro, R.S. Keefe, L. Pinkham, P. Rinaldi, R.C. Mohs, K.L. Davis // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1990. – Vol.47, №7. – P. 634-40. DOI: 10.1001/archpsyc.1990.01810190034005.
135. Skordis N. ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria / N. Skordis, G. Butler, M.C. de Vries, K. Main, S.E. Hannema

- // *Horm. Res. Paediatr.* – 2018. – Vol. 90, №5. – P. 326–331. DOI: <https://doi.org/10.1159/000496115>
136. The World Professional Association for Transgender Health promotes the highest standards of health care for individuals through the articulation of Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. Version 8 [Электронный ресурс] – 2022. – режим доступа: <https://www.wpath.org/publications/soc> (дата обращения: 04.02.2022).
137. Torgersen S. Relationship of schizotypal personality disorder to schizophrenia: genetics. / S. Torgersen // *Schizophr Bull.* – 1985. – Vol.11, №4. – P. 554-63. DOI: 10.1093/schbul/11.4.554.
138. Turban J.L. Factors leading to «Detransition» among transgender and gender diverse people in the United States: A Mixed-Methods Analysis / J.L. Turban, S.S. Loo, A.N. Almazan, A.S. Keuroghlian // *LGBT Health.* – 2021. – Vol.8, №4. – P. 273-280. DOI: 10.1089/lgbt.2020.0437.
139. Urban M., Rabe-Jabłońska J. Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia – case reports / M. Urban, J. Rabe-Jabłońska // *Psychiatria Polska.* – 2010. – Vol.44, №5. – P. 723-733.
140. Verbeke L., De Clercq B., Van der Heijden P., Hutsebaut J., van Aken M.G. The relevance of schizotypal traits for understanding interpersonal functioning in adolescents with psychiatric problems / L. Verbeke, B. De Clercq, P. Van der Heijden, J. Hutsebaut, M.G. van Aken // *Personal Disord.* – 2017. – Vol.8, №1. – P. 54-63. DOI: 10.1037/per0000163.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1.

#### Клинический пример. Транссексуалоподобное состояние при шизотипическом расстройстве

*Пациентка «К», 14 лет.*

**Диагноз:** «Шизотипическое расстройство» (F21)

**Анамнез.** Бабушка по линии отца неоднократно проходила лечение в психиатрическом стационаре в связи с неизвестным расстройством. Двоюродный дядя по линии отца страдал алкогольной зависимостью.

Родилась от второй беременности, первых родов, протекавших благоприятно. Раннее психофизическое развитие соответствовало возрасту. По характеру формировалась ласковой, впечатлительной, ранимой, мнительной. Была в меру общительна. Предпочитала спокойные игры (куклы, «Дочки-матери») в узких компаниях девочек. Сторонилась подвижных, агрессивных детей.

До возраста 5 лет воспитывалась в полной семье. После расторжения брака родителей, пациентка проживала с бабушкой и дедушкой по линии матери. С 12 лет проживает с отцом.

С возраста 4 лет посещала ДДУ. Адаптировалась успешно. Охотно принимала участие в детских праздниках, исполняя женские роли. В 2012 г. (7 лет) пошла в школу подготовленной. Академическая успеваемость была высокой. Проявляла усердие при подготовке домашних заданий. Поддерживала приятельские отношения с одноклассниками, выделяя одну девочку.

Пубертатный период с 11 лет. В этом возрасте снизилась толерантность к психическим нагрузкам. Стала испытывать трудности концентрации внимания и усвоения информации. Повысилась чувствительность свету, шуму и тактильным раздражителям: стала зашторивать окна в комнате,

избегать общения, прикосновений и ношения облегающей одежды. В тот же период возникли невыраженная апатия и непостоянная безрадостность. Повысились тревожность и мнительность. Стала легко фиксироваться на негативных переживаниях и длительное время помимо воли, бесплодно обдумывала произошедшее. Рефлексия сопровождалась внутренним напряжением, чувством злости на себя за неспособность справиться с трудностями. Возникло недовольство внешностью – «низким ростом», «недостаточно женственной» фигурой, «некрасивым» лицом. Плакала, рассматривая себя в зеркало, называла себя «уродливой». Испытывала ощущение, что окружающие люди замечают «дефекты» ее внешности. По этой причине стала отказываться от посещения общественных мест, в особенности – пляжей и раздевалок. Отказывалась фотографироваться и просматривать ранее сделанные снимки. Стала носить исключительно «объемную», «мешковатую» одежду темных цветов в стиле «унисекс», стремясь избежать внимания к своей фигуре. Укоротила волосы в связи с возникшим неприятным ощущением при их соприкосновении с телом. Стала часто менять цвет волос, прибегая к ярким цветам. Сделала пирсинг в носу, на области бровей, «тоннели» в мочках ушей. Начала пользоваться обильно косметикой (тушь для ресниц, яркие тени для глаз, помада, цветной лак для ногтей).

Стала легко возбудима, часто провоцировала конфликты с окружающими по незначительным поводам.

Практически все свободное время проводила, просматривая в интернете разнообразные ресурсы без определенной цели. Проявляла повышенный интерес к сайтам, пропагандирующим суицидальное поведение. В этот период стали возникать фантазии о самоубийстве.

В возрасте 13 лет впервые нанесла на предплечье порез с целью временного преодоления состояния апатии и навязчивых мыслей («Было плохо... Чтобы что-то почувствовать...хотелось почувствовать боль»).

Испытав временное облегчение состояния, стала прибегать к самоповреждению регулярно - несколько раз в неделю.

С 13 лет стала видеть кошмарные сновидения со жестокими, кровавыми сценами, образами смерти, разрушения и тления. В ночное время, находясь в комнате в одиночестве, испытывала ощущение чужого «присутствия» рядом. При засыпании стала слышать «оклики» по имени и короткие неразборчивые фразы, от чего просыпалась. Бредовой трактовке эти переживания не подвергались. Была не критична к этим переживаниям, не сообщала о них близким.

Без очевидных для пациентки внешних причин возник страх подвергнуться сексуальным «домогательствам» и насилию со стороны мужчин. По этой причине усилился дискомфорт при нахождении в людных местах.

В процессе потребления информации в интернете возникло выраженное увлечение темой современного феминистического движения. На этом фоне снизился интерес к информации о самоубийстве. Стала позиционировать себя феминисткой. Обильно использовала в речи специфическую лексику. В разговорах с отцом активно транслировала идеи равенства полов. При этом, со слов отца, суждения пациентки были крайне поверхностными, лишенными «собственной мыслительной проработки» («Говорила лозунгами... Вкладывала в эти бесконечные разговоры все свои эмоции, но ни одной своей мысли и даже ни одного своего слова. Будто с радио говорил»). На аргументированные возражения со стороны отца реагировала вербальной агрессией. Вскоре интерес к феминизму сменился увлечением темой гомосексуальности. Этому способствовало общение с двоюродной сестрой, начавшей в тот период открыто позиционировать себя в качестве гомосексуалки. По словам пациентки, изменение в поведении и суждениях сестры произвели на нее яркое впечатление. Она испытала сложные чувства, сочетавшие в себе удивление, отвержение и заинтересованность. Стала

интересоваться историями о жизни гомосексуалов на интернет-форумах, смотреть видеоролики, художественные фильмы и сериалы на данную тему («Не получалось это отпустить т себя, хотелось разобраться»). В разговорах с отцом стала активно выражать поддержку LGBTQ-движению.

На протяжении всего описанного периода идентификация и поведение *К.* полностью соответствовали полу. Пациентка без возражений отзывалась на свое имя и использование женских родовых окончаний. Говоря о себе также использовала женский род. Охотно носила женскую одежду, участвовала в ее выборе. В разговорах с членами семьи недовольства полом или сомнений в собственной половой принадлежности не выражала.

В мае 2017 г. (13 лет) после случайного столкновения в интернете с информацией о феномене «трансгендерности», испытала удивление, однако первоначально не отнесла ее к себе. Стала интересоваться данным явлением, целенаправленно искала сведения о нем.

С сентября 2017 г. (14 лет) усилилась нестабильность настроения: периоды монотонной апатии сменялись эмоциональной подавленностью с адинамией продолжительностью от 1 дня до 1 недели и далее – короткими периодами возбужденности с раздражительностью, конфликтностью, влечением к самоповреждениям. В предменструальный период испытывала резкое снижение настроения и усиление апатии до степени «отсутствия ощущения себя». Значительно усилились неприязнь к прикосновениям и чувствительность к звукам. Стала значительно меньше внимания уделять внешности, реже использовала косметику. Непроизвольные мысли о собственной физической, интеллектуальной и нравственной неблагополучности резко участились. Усилилось влечение к самоповреждению – пациентка стала наносить более глубокие порезы на различные, скрытые под одеждой участки тела. Прибегала к самоповреждению ежедневно. Также стали возникать суицидальные фантазии о смерти от пересечения крупных кровеносных сосудов или в

результате падения с высоты. Периодически ощущала преобразование мыслительного процесса в «беспорядочный поток ассоциаций».

Стала значительно более интенсивно потреблять информационный контент, связанный с темой «трансгендерности». Вскоре после этого начала вести переписку в LGBTQ-группах в социальных сетях. По прошествии короткого времени возникла идея о том, что чувствует комфортнее, общаясь в мужском роде («Это помогало концентрироваться и отвлекаться от того, что происходило в голове тогда»). В конце осени коротко остригла волосы. Стала носить утягивающую майку, чтобы скрыть молочные железы. По словам отца, пациентка изменила походку на мужской манер, для чего «тренировалась» перед зеркалом. Полностью перестала пользоваться косметикой.

В ноябре 2017 г. (14 лет) заявила родителям о том, что является «трансгендером» и потребовала использовать по отношению к ней имя «Марк» и покупать мужскую одежду. На попытки коррекции ее поведения, на обращение к ней по имени или с использованием женских родовых окончаний реагировала выраженной вербальной агрессией. В разговорах с родителями активно и с напором транслировала идеи борьбы за права «трансгендеров».

Академическая успеваемость снизилась. Круг общения значительно сузился с возраста 13 лет. Общалась преимущественно с виртуальными собеседниками.

В декабре 2017 г. по инициативе родителей пациентка обратилась в ЛРНЦ «Феникс» с целью обследования и лечения.

**Психический статус.** Пациентка вошла в кабинет в сопровождении родителей. Внешне выглядит несколько небрежно. Одета в стиле «унисекс», в нестираную объемную толстовку темного цвета, джинсы и кроссовки. Волосы не уложены, коротко острижены, выкрашены в черный цвет. Макияжем не пользуется, украшения отсутствуют. Имеется пирсинг в носу,

на правой брови, в ушах, в мочках ушей – «тоннели». Ногти на руках коротко острижены, лаком не пользуется. Пациентка стенического телосложения, пониженного питания. Лицо гипомимично. Визуальный контакт поддерживает. Вначале беседы сидит в закрытой позе, но в процессе разговора несколько раскрепощается. На вопросы отвечает короткими фразами. Речь монотонная, грамматически правильная. Жалоб на психическое состояние не предъявляет. На комментарии со стороны отца пожимает плечами, отрицательно кивает головой. О себе говорит в мужском роде. Заявляет, что является «трансгендером». На просьбу пояснить, что именно она имеет в виду, отвечает, что чувствует себя «мужчиной в женском теле» (пациентка ни разу в беседе не использовала соответствующие ее возрасту слова, обозначающие представителя противоположного пола – «мальчик», «юноша», «парень» и т.п.). Заявляет о желании начать принимать «гормональную терапию» для обретения «мужских» черт внешности. На вопрос о том, какие именно черты она желает обрести не ответила. Сообщает при расспросе, что в будущем планирует изменение документов на мужское имя «Марк», удаление молочных желез, прием мужских половых гормонов и пластику гениталий. На вопрос о мотивах стремления к изменению пола отвечает следующее: «чтобы занимать доминирующую позицию, не бояться быть изнасилованной по дороге домой вечером или в клубе». Далее начинает рассуждать на тему «абьюзивного» отношения к девушкам, после чего заявляет, что является «профеминистом». Категорически отвергает допущение о возможности изменения решения по прошествии времени («Ну вот я выгляжу как мальчик, и хочу, чтобы все меня воспринимали как мальчика»). Описывая себя, говорит, что ведет себя «как мужчина». Перечислить свойственные ей «мужские» черты характера затрудняется. Признает отсутствие у нее традиционно мужских навыков и умений, типично мужских хобби и увлечений. Утверждает, что никогда не пользовалась

макияжем и всегда предпочитала мужскую одежду. На возражения со стороны матери по этому поводу реагирует вербальной агрессией в ее адрес.

Первоначально жалоб на психическое состояние не предъявляет. При направленной беседе сообщает о наличии чувства вялости, безынициативности, внутреннего напряжения. Неохотно сообщает о том, что перестала испытывать удовольствие от ранее увлекавших ее занятий. В процессе беседы несколько раз на глазах возникают слезы вне связи с обсуждаемой темой. Признает наличие трудностей концентрации внимания. Признает периодическое возникновение «наплывов мыслей» («Каша в голове»), чередующихся с ощущением «остановки» мышления. Считает, что в течение двух лет изменилась по характеру: стала легко фиксироваться на неприятных переживаниях, появились трудности в общении, снизилась самооценка («Я как бесхребетное существо»). В вечерние часы отмечает возникновение эпизодов выраженной тревоги, сопровождаемой чувством нехватки воздуха, учащенным сердцебиением. Эпизодически, на фоне выраженной тревоги, «видит» в темноте пугающие образы. При этом сохраняет полное осознание нереальности этих видений. Сообщает о часто возникающих кошмарных сновидениях с кровавыми сценами («Кого-то расчлениют... Вижу, как в грязной, кровавой воде плавают куски тела... Люди, насаженные на пики... Взрывы, разрывающие людей»). Подтверждает возникновение «вещих снов» («Вдруг понимаю, что уже видел происходящую в реальности ситуацию во сне»). Признает в процессе беседы эпизодическое ощущение «нереальности» происходящего («Будто все становится искусственным, застывшим, будто нарисованным серыми красками на листе»). Сообщает о трудностях засыпания, обусловленных неконтролируемым возникновением мыслей различного, преимущественно депрессивного и самоуничижающего, содержания. Первоначально отрицает суицидальные идеи, однако в ходе беседы признает их наличие. По просьбе врача демонстрирует множественные следы порезов на предплечьях, животе,

бедрах. Сообщает о практически постоянном влечении к нанесению себе порезов. При этом осознает иррациональность аутодеструктивного поведения. Выражает желание избавиться от стремления к самоповреждению. Интеллектуально-мнестическая сфера соответствует возрасту и полученному образованию. Критика к состоянию – крайне формальная.

**Заключение по итогам экспериментально-психологического исследования.** В результате экспериментально-психологического исследования выявляется высокая степень эмоционального напряжения, вероятно наличие личностной дезадаптации. В аффективной сфере тревога превалирует над депрессией. В когнитивной сфере обнаруживаются нарушения мышления, проявляющиеся снижением уровня обобщения, а также актуализацией латентных признаков. В личностном плане на себя обращает внимание заострение таких черт, как подозрительность, замкнутость. Предположительно наличие у исследуемой шизофренического патопсихологического симптомокомплекса.

**Лечение:** *антипсихотики:* арипипразол до 30 мг/сут., сердолект до 16 мг/сут., кветиапин до 100 мг/сут., рисперидон до 4 мг/сут., галоперидол до 30 мг/сут., карипразин до 4,5 мг/сут. в аугментации с трифлуоперазином до 10 мг/сут.; *антидепрессанты:* кломипрамин до 75 мг/сут., эсциталопрам до 20 мг/сут., венлафаксин до 225 мг/сут., сертралин до 100 мг/сут.; *стабилизаторы настроения:* вальпроевая кислота до 1000 мг/сут., окскарбазепин до 300 мг/сут.; *анксиолитики:* гидроксизин до 25 мг/сут., бромдигидрохлорфенилбензодиазепин до 1 мг/сут., диазепам до 5 мг/сут.; *корректоры экстрапирамидных расстройств:* тригексафинидил до 6 мг/сут., бипериден до 4 мг/сут.

Несмотря на проводимую терапию в течение 2018-2019 гг. сохранялись выраженные колебания настроения с аутодеструктивным поведением. В конце 2019 г., на фоне терапии карипразином в дозе 4,5 мг. в аугментации с

трифлуоперазином в дозе 7,5 мг., в сочетании с окскарбазепином в дозе 300 мг/сут., анафранилом в дозе 75 мг/сут. возникла положительная динамика состояния: в значительной степени выровнялось настроение, дезактуализировались суицидальные идеи и влечение к самоповреждению, были купированы субпсихотические переживания, нормализовались сон и аппетит, восстановилась активность. Убрала часть пирсинга. При этом трансролевые переживания сохранялись в полном объеме.

**Катамнез.** В 2019 г. имел место следующий эпизод. После перенесенной апендектомии, в раннем послеоперационном периоде пациентка, будучи седатированной, начала говорить о себе в женском роде и отзываться на имя. После полного восстановления сознания вновь начала позиционировать себя вне своего пола.

С конца 2020 г. отмечалась медленная редукция трансролевых переживаний. На фоне стабилизации настроения пациентка стала спокойнее реагировать на эпизодическое обращение по имени. Периодически в разговоре начала использовать женские родовые окончания. Начала носить более яркую одежду. Перестала утягивать молочные железы. Стала более улыбчивой, более общительной. В возрасте 17 лет возникли романтические отношения с юношей. Начала регулярно пользоваться макияжем. Изменила прическу на женский манер. Вновь стала носить платья, которые самостоятельно выбирала в Интернет-магазине. Покупала подчеркнуто женственное нижнее белье. Сохраняла феминный облик и манеру поведения как в обществе молодого человека, так и в его отсутствие. В сопровождении друга посетила выпускной вечер в платье и туфлях на высоких каблуках. Охотно фотографировалась, участвовала в парных танцах.

После окончания школы поступила в вуз. В новом коллективе адаптировалась успешно. При знакомстве представлялась настоящим именем. Стала систематически допускать обращение к ней в женском роде и по имени. Начала говорить о себе исключительно в женском роде как при

посторонних, так и в присутствии близких. С 18 лет ведет гетеросексуальную половую жизнь. В беседах с родителями стала говорить о возможности замужества и рождения детей. Продолжает наблюдение у психиатра, назначенную терапию принимает без возражений. Самостоятельно выразила отказ от осуществления в будущем каких-либо мероприятий по изменению пола. Отмечается периодически возникающая нестабильность настроения с непродолжительными эпизодами тревоги, эмоциональной подавленности или раздражительности.

**Разбор случая.** Заболевание возникло у девушки-подростка с наследственной отягощенностью неизвестным психическим расстройством и химической зависимостью по линии отца. Преморбидно у пациентки отсутствовали признаки отклоняющегося полоролевого поведения и грубые нарушения полового воспитания. С детского возраста *К.* были свойственны умеренно выраженные сенситивные черты характера. Данные о наличии трудностей эмоционально-волевого контроля и саморегуляции поведения в период, предшествующий дебюту заболевания, не были представлены ни самой пациенткой, ни членами ее ближайшего окружения.

Болезнь дебютировала аутохтонно с началом пубертатного периода, в возрасте 11 лет. Клиническая картина инициального этапа определялась следующими проявлениями: биполярными колебаниями аффекта с континуальным чередованием затяжных, атипичных (астенических и анестетических) субдепрессивных состояний и непродолжительных дисфорий; неврозоподобной симптоматикой в виде обсессивных, дисморфофобических и деперсонализационных расстройств; утрированными подростковыми реакциями оппозиции, имитации и группирования, не соответствующими преморбидному складу личности.

Заболевание манифестировало в 13-14 лет быстрым нарастанием указанных проявлений, возникновением расстройств влечений с аутодеструктивным поведением, явлений «метафизической интоксикации»,

транзиторных субпсихотических переживаний в виде гипногических вербальных и зрительных псевгаллюцинаций, феномена «воплощенного присутствия», нарушений мышления (ментизм, шперрунги). Последний проявлял себя аффективно заряженной и узкой концентрацией интересов и размышлений на популярных среди молодежи темах без их глубокого интеллектуального анализа, примитивностью суждений и нетерпимостью к контраргументам. Первоначально содержание метафизической интоксикации определялось интересом к теме феминизма, затем – увлечением идеями о борьбе за права гомосексуалов, позже – фиксацией на феномене «трансгендерности».

Транссексуалоподобное состояние возникло у пациентки в возрасте 13 лет на основе, в первую очередь, дисморфофобии, явлений «метафизической интоксикации» и подростковых реакций имитации. Патопластическое влияние на клиническую картину заболевания оказала широко представленная в медиапространстве информация о феномене «трансгендерности».

Заболевание имело медленно прогрессирующий, затяжной характер и в течение длительного времени оставалось резистентным к адекватной фармакотерапии. Литическая редукция психопатологических проявлений начала происходить только с возраста 16-17 лет, на фоне неизменной схемы фармакотерапии, что позволяет предположить аутохтонный характер улучшения.

Описанная клиническая картина и динамика психического расстройства, в совокупности с данными экспериментально-психологического исследования, результатами лечения и катамнестическими сведениями позволяют типировать его как юношескую шизофрению, протекающую в виде атипичного затяжного пубертатного приступа с явлениями «метафизической интоксикации». Согласно критериям МКБ-10, диагноз может быть сформулирован как «Шизотипическое расстройство» (F21).

## Приложение 2.

### Клинический пример. Шизотипическое расстройство.

*Пациентка «Е», 19 лет.*

**Диагноз:** «Шизотипическое расстройство» (F21).

**Наследственность.** Бабушка по линии отца злоупотребляла алкоголем.

**Анамнез.** Родилась от первой беременности, протекавшей благоприятно. Роды были осложнены механической асфиксией в связи с обвитием пуповиной. Физическое и нервно-психическое развитие происходили в соответствии с возрастом.

Воспитывалась в структурно и функционально полной семье. Является единственным ребенком. Стиль воспитания гармоничный.

По характеру формировалась инициативным, общительным, требовательным ко вниманию, но при этом послушным, ласковым, впечатлительным ребенком. Посещала ДДУ с возраста 3,5 лет. Адаптировалась успешно. Режим дня соблюдала. С удовольствием играла как в компании других детей, так и в одиночестве. С удовольствием участвовала в детских праздниках, легко запоминала роли, стремилась к исполнению главных ролей.

В школу пошла в возрасте 7 лет подготовленной. Адаптировалась успешно. Академическая успеваемость была высокой. Домашние задания выполняла самостоятельно, в контроле не нуждалась. Свободное время проводила, общаясь с другими детьми.

Пубертат в 12-13 лет. С возраста 14 лет стала испытывать повышенную интеллектуальную утомляемость. Стала более раздражительной. В возрасте 15 лет возникла нестабильность настроения с аутохтонным, континуальным чередованием периодов эмоционального подъема и спада. В состоянии подъема испытывала эйфорию, повышенную уверенность в себе. Это состояние сопровождалось ускорением мыслительного процесса, ощущением прилива энергии. Поведение при этом существенно не менялось.

Продолжительность периода эмоционального подъема составляла от нескольких часов до 1 дня.

Состояние эйфории сменялась периодом «мрачной раздражительности» продолжительностью 1-2 дня. В этом состоянии на фоне эмоционального снижения и повышенной утомляемости испытывала внутреннее возбуждение, раздражительность, сопровождавшиеся агрессивными влечениями («Хотелось что-то разбить, кого-то ударить»). Возникали фантазии об убийствах незнакомых, «обезличенных» людей («Представляла, как бью их ножом, рассекаю тело вдоль, как выливается кровь и вываливаются кишки»). Стала видеть кошмарные сновидения со сценами кровавых убийств, расчленения. Испытывала апатию, ощущение эмоционального опустошения, «эмоционального бесчувствия». Эпизодически, кратковременно возникало чувство нереальности, «искусственности», «иллюзорности» окружающей обстановки, ощущение *déjà vu*. С целью временного преодоления возникших эмоциональных нарушений – в первую очередь, раздражительности – стала наносить мелкие, неглубокие порезы на участки тела, обычно скрытые под одеждой – области запястий, голеней, бедер. Совершая эти действия, стремилась к возникновению болевых ощущений, которые отвлекали ее от тягостного эмоционального состояния, приносили облегчение. Самоповреждения наносила от 7 до 15 раз в неделю – по два-три пореза за один раз. В этом состоянии значительно повышалась потребность в курении – до 40 сигарет в день. Употребляла алкоголь в дозе от 1-2 л. до 5 л. 4,5% пива. В опьянении становилась грустной, плаксивой.

По прошествии периода «мрачной раздражительности» возникало эмоциональное угнетение. Испытывала безрадостность, апатию, ощущение эмоционального опустошения, мучительного «бесчувствия». В этих состояниях также наносила самоповреждения с целью преодоления апатии. В этот период значительно удлинялся сон – спала от 12 до 22 часов.

Практически переставала общаться с друзьями, не отвечала на телефонные звонки. Продолжительность периодов эмоционального угнетения составляла 5-7 дней.

В том же возрасте (14-15 лет) возникло недовольство внешностью. Стала стремиться к снижению веса за счет ограничения в питании, провоцировала рвоты. Позже, по совету подруги с целью снижения веса принимала флуоксетин без назначения врача нерегулярно. Таким образом к 15-16 годам вес снизился до 39 кг. В периоды эмоционального подъема недовольства внешностью не испытывала, попыток снижения веса не предпринимала. С 16 лет перестала предпринимать попытки снижения веса, однако недовольство внешностью в периоды эмоционального спада сохранялось.

В 16-17 лет – первая проба синтетических наркотических психостимуляторов («Соль»). В опьянении испытывала значительное снижение внутреннего напряжения, ощущала прилив сил, улучшение концентрации внимания. Однако это состояние быстро сменялось эмоциональной подавленностью, плаксивостью. Принимала наркотические вещества периодически, в компании в течение 1 года, после чего самостоятельно прекратила их употребление.

В 17 лет, находясь в состоянии эмоциональной подавленности, с суицидальной целью нанесла продольный порез на запястье. Остановилась самостоятельно. За медицинской помощью не обращалась. В том же возрасте в состоянии алкогольного опьянения импульсивно нанесла на запястье глубокий продольный порез. Была госпитализирована. Врачам и родителям заявила, что порез был получен в результате бытовой травмы.

В возрасте 18 лет окончила школу с высокими отметками. В том же году поступила в вуз. В новом коллективе адаптировалась успешно. Состояние в этот период ухудшилось. Настроение стало меняться значительно чаще. В периоды эмоционального спада преобладающими стали апатия, чувство

безразличия. Стала отмечать снижение тактильной и температурной чувствительности. Испытывала тревогу, «предчувствие надвигающейся катастрофы». В том же возрасте стала стремиться к изменению внешности: часто меняла прическу, цвет волос, сделала «тоннели» в ушах, пирсинг, стала в большом количестве наносить татуировки. Стала значительно чаще наносить порезы на тело. Планировала самоубийство. Чаще употребляла алкоголь.

В конце сентября 2017 г. (19 лет) сообщила о возникновении нестойких отрывочных «голосов» внутри головы нейтрального, стереотипного содержания («Звали по имени...Иногда что-то другое говорили, но не помню что, отдельные слова какие-то»). Эти переживания возникали аутохтонно и сохранялись кратковременно, не сопровождались бредовой трактовкой.

В ноябре 2017 г. с суицидальной целью, без борьбы мотивов приняла феназепам в дозе 10 мг. Была госпитализирована в токсикологическое отделение многопрофильного ЛПУ. Была проведена детоксикация. Находилась на стационарном лечении в течении двух дней. После выписки из токсикологического отделения пациентка по инициативе родителей обратилась в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с целью обследования и лечения.

**Психический статус.** В кабинет вошла по приглашению, в сопровождении родителей. Выглядит младше своих лет. Контакт глаз поддерживает, позу сохраняет открытую. Мимика лица оживлена. На лице – вычурно яркий макияж. В мочках ушей и ноздре имеется пирсинг. Волосы окрашены в естественный оттенок, не причесаны. Одет неопрятно, неряшливо. На видных из-под одежды участках кожи имеются многочисленные татуировки. Предплечья покрыты многочисленными рубцами различного размера. На внутренней стороне левого предплечья имеется длинный, широкий рубец. Также обнаруживаются несколько мелких круглых рубцов на предплечьях и кистях, оставшихся, по объяснению пациентки, после сигаретных ожогов.

В беседу вступает легко, на вопросы отвечает детально, развернуто. Речь с нарочито детскими интонациями, изобилует уменьшительно-ласкательными окончаниями слов. Жалоб не предъявляет. Заявляет, что обратилась в Центр исключительно по инициативе родителей, в то время как сама не считает, что нуждается в помощи. Активно заявляет о неприязни к себе – к своему физическому и моральному естеству («Таким людям не нужно жить»). Прием высокой дозы транквилизатора объясняет суицидальными намерениями. Выражает мнение о бессмысленности проведения терапии, однако соглашается на лечение. Также выражает неприязнь по отношению к родителям – в особенности к отцу. Причины этого высказывания не поясняет. В присутствии родителей свободно и с некоторой бравадой обесценивает собственную жизнь, говорит об употреблении ею алкоголя и наркотиков.

Признает в ходе расспроса наличие нестабильности настроения с непрерывным и беспорядочным чередованием периодов эмоционального подъема и спада. Свое настроение на данный момент характеризует как «никакое» («Все равно... Пустота»). Сообщает, что суицидальные попытки, самоповреждения, алкоголизация и наркотизация происходили исключительно в периоды эмоционального спада. Признает наличие стереотипных сновидений со сценами смерти. Признает частое возникновение чувства *déjà vu*. Признает при расспросе, что эпизодически «слышит» внутри головы оклики по имени и отдельные слова. Эти феномены возникают, со слов пациентки, на эмоционально нейтральном фоне. Природу этих переживаний не понимает.

К врачу настроена доброжелательно, дистанцию соблюдает. Анамнестические сведения дает охотно, развернуто. Терапию принимает без возражений. Охотно отвечает на попытки общения с ней со стороны других пациентов, однако сама активности не проявляет. Бред и галлюцинации не выявляются. Критика к состоянию крайне формальная.

**Заключение по итогам экспериментально-психологического исследования.** В результате экспериментально-психологического исследования выявляется высокая степень эмоционального напряжения, в аффективной сфере депрессия превалирует над тревогой. Обнаруживаются нарушения мышления, которые проявляются в снижении уровня обобщений, использовании латентных признаков, вычурных ассоциаций. Так же имеют место нарушения эмоционально-волевого компонента, проявляющиеся в неравномерности аффективного фона и снижении мотивационного компонента деятельности в виде нарушения процессов целеполагания и целедостижения. Данные нарушения характерны для шизофренического патопсихологического симптомокомплекса.

**Лечение:** антипсихотики (арипипразол до 30 мг/сут., сертиндол до 20 мг/сут., амисульприд до 1200 мг/сут., зуклопентиксол до 150 мг/сут., оланзапин до 20 мг/сут., кветиапин до 800 мг/сут., флупентиксол до 40 мг/сут., галоперидол до 50 мг/сут., трифлуоперазин до 30 мг/сут. рисперидон до 8 мг/сут., хлорпромазин до 100 мг/сут., клозапин до 500 мг/сут., зипрасидон до 160 мг/сут., луразидон до 80 мг/сут., карипразин до 6 мг/сут.), антидепрессанты (сертралин до 200 мг/сут., флувоксамин до 200 мг/сут., кломипрамин до 150 мг/сут., амитриптилин до 100 мг/сут., эсциталапрам до 20 мг/сут., венлафаксин до 300 мг/сут., милнаципран до 200 мг/сут., дулоксетин до 120 мг/сут.), стабилизаторы настроения (депакин-хроносфера до 2000 мг/сут., седалит до 1200 мг/сут. окскарбазепин до 1200 мг/сут), анксиолитики (диазепам до 30 мг/сут., феназепам до 6 мг/сут., лорафен 7,5 мг/сут., нитразепам до 15 мг/сут., клонозепам до 4 мг/сут.), корректоры экстрапирамидных расстройств (циклодол до 6 мг/сут., мendifлекс до 6 мг/сут.).

В течение всего периода наблюдения пациентка демонстрировала резистентность к лечению. Ни одна из испробованных схем терапии не давала стойкого терапевтического эффекта: сохранялась выраженная

нестабильность аффекта, нарушения сна, деперсонализационная дереализационная симптоматика, мучительная рефлексия, влечение к суицидальному и несуйцидальному аутодеструктивному поведению. В течение периода наблюдения пациентка многократно наносила самоповреждения, проявляла выраженные реакции оппозиции по отношению к родителям. Продолжительность улучшений составляла от 2-3 дней до 1 месяца (в среднем, 1-2 недели).

Значительная положительная динамика возникла с лета-осени 2020 г. (22 года). Состояния эмоционального спада стали менее выраженными. Периоды эутимии значительно удлинились – до 2-3 месяцев. Восстановилось теплое отношение к родителям. Пациентка была ласкова, отзывчива и заботлива по отношению к членам семьи. Стала охотно помогать матери в ведении домашнего хозяйства. По собственной инициативе предприняла попытку трудоустройства, однако по причине нестабильности настроения по прошествии месяца была вынуждена уволиться. Перестали возникать гомицидные фантазии и кровавые сновидения, дезактуализировалось влечение к алкоголю. Снизилось влечение к нанесению самоповреждений, возникла критика к аутоагрессивному поведению.

**Катамнез.** В течение 2021-2022 гг. (23-24 года) продолжалась положительная динамика. До апреля 2021 г. сохранялась нестабильность настроения с периодической аутохтонной актуализацией влечения к самоповреждению, однако от самоповреждающего поведения воздерживалась, демонстрируя полную критику. В течение данного периода времени имели место два эпизода самоповреждения.

Весной 2021 г. пациентка сообщила о наступлении беременности. Было принято решение о полной отмене лекарственных препаратов. Первая попытка отмены лекарств произошла в марте 2021 г. Однако вскоре после этого вновь возникла нестабильность настроения с актуализацией влечения к самоповреждению. После возвращения в схему кветиапина настроение

выровнялось. В начале апреля 2022 г. кветиапин был отменен. Настроение оставалось ровным, поведение – упорядоченным. Сон и аппетит не нарушались. Однако на фоне возникших социальных проблем, обусловленных эпизодами стигматизации со стороны медицинских работников, а также самостигматизацией в связи с имеющимся психиатрическим диагнозом пациентка заявила о желании прервать наблюдение в Центре. В дальнейшем, в разговоре с врачом выразила нескритичность к перенесенному заболеванию, объяснив «психологическими проблемами», суть которых, однако, сформулировать не смогла. При этом пациентка сообщила о том, что не помнит значительного периода заболевания. В ноябре 2022 г. родила ребенка. Послеродовой период протекал без осложнений. О явных признаках обострения неизвестно. Пациентка самостоятельно осуществляет уход за ребенком. Проживает совместно с родителями. С отцом ребенка поддерживает формальные отношения.

**Разбор случая.** Заболевание возникло у молодой девушки с отягощенной, согласно неполным сведениям, наследственностью случаями химической зависимости и антисоциального поведения. Преморбидно проявляла компенсированные демонстративно-сенситивные черты характера и удовлетворительный уровень социальной адаптации, формировалась в условиях благоприятного психологического климата в семье и гармоничного воспитания.

Болезнь дебютировала аутохтонно, в пубертатный период. Клинически явная психопатологическая симптоматика возникла в возрасте в 14 лет в виде астено-субдепрессивного синдрома с возникновением гипертрофированных подростковых реакций оппозиции.

Заболевание манифестировало в возрасте 15 лет возникновением нестабильности настроения с чередованием атипичных субдепрессивных и депрессивных состояний с анестетическим компонентом, смешанных

аффективных состояний с анестетическим компонентом, кратковременными дереализационными переживаниями и расстройствами влечения, синдромально незавершенных гипоманиакальных состояний. Вскоре к клинической картине присоединилась неврозоподобная симптоматика в виде дисморфофобических и дисморфоманических переживаний с «симптоматическим» аноректическим поведением. Возникшее несколько позже стремление к перемене внешности, проявлявшееся в нанесении татуировок, изменениях прически и цвета волос, имело в своей основе как дисморфоманические мотивы, так и, по-видимому, деперсонализационные переживания. Появившиеся в пубертате грубые нарушения поведения – алкоголизация, наркотизация, нестойкие нарушения пищевого поведения, самоповреждения, грубость, оппозиционность по отношению к родителям – следует рассматривать как вторичные по отношению к позитивным эмоционально-волевым нарушениям. С 18-19 лет проявления заболевания значительно усилились, в его структуре стали возникать синдромально незавешенные психотические переживания.

Несмотря на проводимое активное лечение проявления болезни имели затяжной характер и слабо поддавались коррекции фармакологическими средствами. Дезактуализация психопатологической симптоматики и нормализация поведения к возрасту 24 лет, наиболее вероятно, имеют аутохтонный характер.

Таким образом, принимая во внимание структуру и динамику клинической картины, данные проведенного обследования и результаты катамнеза складывается впечатление о юношеской шизофрении, протекающей в виде затяжного атипичного пубертатного приступа (гебоидный приступ). В соответствии с критериями МКБ-10 заболевание может быть типировано как «Шизотипическое расстройство» (F21).

### Приложение 3.

#### Клинический пример. Транссексуализм.

*Пациентка «В», 31 год.*

**Диагноз:** «Транссексуализм» (F64.0).

**Анамнез.** Сведений о наследственности по линии отца нет. Мать, а также дед и бабушка по материнской линии злоупотребляли алкоголем.

Данных о течении беременности и родов, раннем развитии не предоставлено. Со слов пациентки известно, что она родилась от внеплановой беременности. Мать отказалась от ребенка после родов, отец также не принимал участия в воспитании дочери. Воспитывалась дедом и бабушкой.

Со слов деда знает, что раннем детском возрасте при попытках надеть на нее платье или сарафан – немедленно снимала или портила вещи («Говорили, что когда отправляли меня в детский сад в платье, я возвращался домой в одних трусах»). При этом никогда не проявляла подобного поведения в отношении брюк и маек. Также со слов деда пациентке стало известно, что с раннего детства (3-4 лет) давала бурные негативные реакции на обращение к ней в женском роде или по имени («Дед говорил, что я падал, бил руками о пол, плакал, будто отняли что-то - остановить было невозможно»). Подобные реакции, как рассказывал пациентке дед, прекратились только тогда, когда опекуны стали обращаться к девочке, используя сокращенный («нейтральный») вариант ее имени. Сама пациентка этих событий не помнит, но сообщает, что с раннего детства одевалась исключительно в спортивные костюмы, кроссовки, футболки, кепки и т.п. нейтральных или темных цветов. С детского возраста настаивала на ношении коротких стрижек.

Была активным, подвижным ребенком. Обладала высокими коммуникативными способностями. Общалась исключительно в мальчишеских компаниях сверстников, демонстрируя при этом ярко выраженные лидерские качества («Было прозвище «Босс» или «Босюра»»).

Также обращались по сокращенному варианту имени. Конфронтаций не боялась. Обладая с детского возраста крепким телосложением и агрессивным нравом, часто вступала в драки и выходила из них победителем. Со слов пациентки, новых знакомых «приходилось учить» обращаться к ней в мужском роде. Со слов, приятели общались с не как с мальчиком («Если нужно было в туалет, я просто уходил в кусты, а в остальном не было разницы - я во всем был пацаном»). С дошкольного возраста имели место неоднократные приводы в милицию по причине мелких шалостей («То в сарай чей-нибудь залезем, то на крышу... Один раз подожгли сарай. В поселке негде было играть детям»). В компании друзей играла в активные соревновательные игры («Догонялки», «Войнушки»). С удовольствием играла с игрушечными машинами и солдатиками, которые приносили другие дети. Собственных таких игрушек не имела.

Дома выполняла физическую работу («Моей обязанностью был уход за сараем - выгребать оттуда мусор, навоз...»).

В 7 лет пошла в школу подготовленной. В школе не было принято носить школьную форму, однако существовали требования к внешнему виду учеников. После нескольких проб, пациентка категорически отказалась надевать юбку. Несмотря на возражения учителей, носила исключительно спортивные костюмы, свитера, джинсы и т.п., в праздничные дни – белую рубашку и брюки на мужской манер. Пациентка болезненно реагировала на обращение к ней в женском роде и по имени со стороны классного руководителя. Сообщает, что несколько раз пыталась поправить классного руководителя, чем провоцировала конфликт. После нескольких таких конфликтов стала пропускать занятия. В тот же период состоялся первый разговор пациентки и ее деда о ее половой принадлежности. На объяснения деда о причинах необходимости соблюдения правил поведения в школе, реагировала обидой. Со слов, открыто заявила ему о том, что чувствует себя мальчиком. Также со слов пациентки, дед поддержал ее, но настоял на

возвращении в школу. Пациентка подчинилась, однако продолжала носить нейтральные в полоролевом отношении вещи, предпочитая спортивные костюмы («Они были одинаковые, что у мальчиков, что у девочек. Чего-то яркого с цветочками и рюшечками не носил никогда»). На обращение по имени и в женском роде со стороны учителей реагировала негативно. Сама говорила о себе, избегая родовых окончаний, в кругу близких – в мужском роде. Со слов, в коллективе сверстников к ней чаще обращались, избегая родовых окончаний («Просто на «ты», в лицо, по крайней мере») или по сокращенному варианту имени. Агрессии в коллективе не подвергалась. Среди одноклассников занимала лидерские позиции. Стремилась заступаться за слабых. Часто инициировала драки с мальчиками и параллельных классов. Академическая успеваемость была высокой. Никогда не посещала женскую туалетную комнату. Со слов, посещала туалет, отпрашиваясь с урока, чтобы иметь возможность пойти в мужской. На уроках физкультуры не посещала раздевалку («Я почти всегда был в спортивном костюме, зачем мне переодеваться?»).

Свободное время проводила в компании 5-6 друзей-мальчиков.

С 12 лет стала подрабатывать на рынке грузчиком и на местном рыбоперерабатывающем предприятии. Большую часть денег отдавала деду и бабушке, остальные – тратила на приобретение одежды. Была бережлива. Покупала мужские рубашки, кроссовки, свитера, спортивные костюмы, куртки, нижнее белье.

Продолжала посещать школу, академическая успеваемость оставалась высокой. Проявляла склонность к точным дисциплинам (алгебра, геометрия, физика, информатика), труднее давался русский язык. Занятия труда посещала вместе с мальчиками (со слов пациентки: «Вместо шитья – я разобрал машинку, после чего учителем труда и директором было принято решение перевести меня к пацанам»), наравне с другими занималась выжиганием по дереву, столярной работой. Сообщает, что к подростковому

возрасту на нарушения ею полоролевого поведения учителя и администрация школы перестали обращать внимание. Взрослые также при общении с ней использовали сокращенный вариант ее имени, редко называли по фамилии, избегали родовых окончаний.

С 13 лет в связи с увеличением молочных желез стала прибегать к «утягиванию» груди с помощью бинта. Со слов, данный способ был выбран ею интуитивно. Купалась в водоемах с мужских плавках и майке с забинтованной грудью. Также с целью маскировки молочных желез стала носить одежду на 2-3 размера больше. На возникновение менструаций отреагировала болезненно. Цикл был нерегулярным, с возникновением кровотечений раз в 3-5 месяцев. Голос в подростковом возрасте был низким, говорила «басом». Изменение фигуры в пубертате также происходило по мужскому типу («Был живот, плечи»). Не испытывала выраженного недовольства обликом, так как обладала маскулинной внешностью. Вторичные половые признаки были неярко выраженными.

В том же возрасте стала обращать внимание на девочек («Нравилось смотреть, как они ходят, нравились короткие юбки, нравились ноги»). Одновременно стала более болезненно переносить несоответствие самоощущения полу. Усилилось недовольство гениталиями. По этой причине воздерживалась от мастурбации, несмотря на пробуждение полового влечения («Смотрел себе в штаны и сразу все пропадало. Мысли о том, что я не нормальный парень убивали все желание?»). Не решалась проявлять знаки внимания понравившимся девочкам. Периодически, находясь в одиночестве, плакала, била кулаками по стенам («Тяжело было смириться с тем, что каждое утро приходится перетягивать грудь, с тем, что раз в квартал идут эти ужасные месячные, но самая большая проблема, что некоторые люди все равно называли меня женским именем»). При этом сохраняла способность отвлекаться от этих переживаний. В компании друзей была веселой, жизнерадостной, общительной. Занималась в театральной студии – читала со

сцены юмористические монологи под «мужским псевдонимом». Играла в спектаклях мужские роли.

В 13-14 лет прочла книгу о половом воспитании, откуда узнала о гомосексуализме и гермофродитизме. По словам пациентки, данная информация не смогла в полной мере объяснить ей ее состояние, однако более близким к своим переживаниям нашла описание гермофродитизма.

Первая влюбленность в 16 лет. Ухаживала за понравившейся девушкой. При знакомстве представилась мужским именем, зная, что девушке известно ее настоящее имя. Проявила настойчивость в ухаживаниях. Сексуальный контакт осуществлялся посредством петтинга со стороны пациентки. Во время половой близости пациентка не снимала футболку и трусы, не допускала ласк собственных половых органов. С девушкой поддерживала отношения около двух месяцев, после чего рассталась с ней по собственной инициативе. Позже возникла влюбленность в мать своего друга. Своих чувств не проявляла.

С 17 лет, после смерти деда и бабушки, проживала самостоятельно. Также самостоятельно обеспечивала себя. В том же возрасте окончила школу и уехала в ближайший крупный город с целью заработка. Трудоустроилась на неквалифицированную работу, однако вскоре в связи с инициативностью и лидерскими качествами была направлена руководством для получения средне-специального образования. Прибыв в общежитие учебного заведения, пациентка узнала о том, что мужские и женские комнаты располагаются на разных этажах. Обратилась к коменданту с просьбой о переводе на мужской этаж, открыто объяснив свои переживания. Пациентке была предоставлена отдельная комната на мужском этаже. Во время знакомства с соседями по этажу, представившись мужским именем, сообщила молодым людям о том, что физически и по паспорту является женщиной («Все равно потом узнают, какой смысл это скрывать»). В течение периода обучения, пациентка занимала лидирующие позиции в компании студентов. Несколько раз

участвовала в драках. Сочетала учебу и работу на стройке. Среди рабочих пользовалась уважением, соратники обращались к ней исключительно в мужском роде, называя мужским именем. В период обучения поддерживала непродолжительные романтические и сексуальные отношения с несколькими девушками поочередно. Разрыв отношений происходил всегда по инициативе пациентки.

После окончания училища устроилась на работу строителем. Вскоре была повышена до бригадира. Несмотря на то, что все в ее окружении знали о ее поле, пользовалась уважением, имела хорошие отношения с соратниками.

В возрасте 23 лет вернулась в родной город. Устроилась на должность заместителя директора по хозяйственной части в местном дворце культуры. На работу ходила исключительно в мужском костюме. Также сложились хорошие отношения как с руководством, так и с коллегами, пользовалась уважением в коллективе.

Вскоре возникли отношения с женщиной. Стали проживать совместно. Пациентка выполняла всю физическую работу в доме. Со слов женщины: «Никогда не позволит мне нести сумки». Пациентка познакомилась с семьей женщины, с членами которой также сложились приятельские отношения. Со слов подруги пациентки, ее родные называли пациентку мужским именем, обращались к ней исключительно в мужском роде, воспринимали ее как мужчину («Тот факт, что он по паспорту женщина воспринимается родственниками как «ошибка природы», говорят: «Боженька пошутил» – но как женщину его никто не воспринимает и, насколько мне известно, никто и никогда не воспринимал, в том числе – мой сын, с которым они были знакомы с подросткового возраста»).

Со слов пациентки, после начала совместной жизни с женщиной, впервые задумалась о желании изменить документы («Впервые понял, что нужно иметь мужские документы для того, чтобы заключить настоящий

брак»). Стала интересоваться данным вопросом. Узнала о возможности изменения гражданского статуса и проведения медицинских мероприятий по изменению пола. Узнав о высокой стоимости операции, стала совместно с подругой откладывать деньги. В 2016 г. пациентка обратилась в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с целью проведения обследования.

**Психический статус.** Пациентка явилась на прием в назначенное время. В кабинет вошла по приглашению. Внешне выглядит достаточно опрятно. Одеты в соответствии с сезоном, в мужскую рубашку, мужские брюки, туфли. Волосы коротко стрижены на мужской манер. Мимика живая, адекватна высказываниям. Голос достаточной громкости, низкий по тембру. Словарный запас богатый. Речь эмоционально окрашенная, экспрессивная. В беседу вступает активно, демонстрирует заинтересованность в обследовании, стремится к поддержанию разговора. В беседе дистанцию соблюдает, выражает доброжелательность. Фон настроения – ровный. Признаков структурных нарушений мышления в беседе не выявляется. Обращает на себя внимание тот факт, что в течении всей беседы пациентка говорит о себе исключительно в мужском роде. Жалоб на психическое состояние не предъявляет. Сообщает о желании произвести «смену пола», под которой подразумевает замену документов на мужское имя, а также полную хирургическую коррекцию пола. Данное желание объясняет тем, что с раннего детского возраста («Сколько себя помню») идентифицировала себя с мужским полом. Со слов, до того, как пошла в школу и была вынуждена впервые надеть платье, считала себя мальчиком и только после объяснения деда осознала, что «физически» является девочкой. Проявления мужественности видит во «всем (своем) поведении и образе жизни»: «Я чувствую себя мужчиной, я думаю о себе как о мужчине, т.е. в мужском роде, я выгляжу как мужчина... У меня с детства мужские увлечения - охота, рыбалка... Я делаю всю физическую работу дома, с двенадцать лет зарабатываю тяжелым трудом... Представить себе не могу, чтобы надеть

женское платье... Все мои друзья – мужчины и они меня считают мужиком, даже зная, что у меня в паспорте... Когда-то у меня было много женщин, но сейчас у меня есть жена, которую я люблю, и я забочусь о ней во всем...». Категорически отказывается ассоциировать себя с гомосексуалами. Заявляет следующее: «Будь это так – менять пол не было бы нужно – жил бы себе и жил – не в этом проблема, а в том, что тело неправильное». Также неохотно идентифицирует себя с транссексуалами: «Я это слово не так давно узнал. Все проявления сходятся, я согласен, но я бы к ним (к транссексуалам) себя не причислял, если бы в этом не было необходимости. Я не транссексуал – я мужчина, это главное». Сообщает, что «с детства жил с желанием стать мужчиной не только внутренне, но и физически». В качестве имени на протяжении жизни использует «мужской» вариант своего настоящего имени, но, со слов, свой пол при знакомстве не скрывает («Все равно узнают, в паспорте все написано»). По словам пациентки, обратилась к психиатру с целью обследования для получения разрешения на проведения секс-трансформирующей операции. Настаивает на необходимости ее проведения. Осознает ассоциированные с такими вмешательствами риски («Не это главное – главное, что буду выглядеть так, как сам себя воспринимаю... Лучше быть больным мужчиной, чем быть вообще не понятно кем»). В беседе демонстрирует неприязнь к собственным половым органам («Они не мои, их не должно было быть»), наличие менструаций («Раз в квартал идут эти ужасные месячные»).

Пациентка повышенного питания, ожирение по мужскому типу. Над верхней губой имеется оволосение. Под одеждой носит мужскую бельевую майку и мужские трусы свободного покроя. Молочные железы забинтованы эластичным бинтом.

Охотно предоставляет анамнестические сведения. Также по просьбе врача демонстрирует большое количество фотографий, относящихся к разным периодам ее жизни – от дошкольного возраста, до новых. На снимках

пациентка одета в мужскую одежду, позирует в компаниях лиц своего пола, занимается спортом, находится на рабочем месте и т.п., что полностью согласуется с анамнестическими данными. Обращает на себя внимание тот факт, что с детского возраста пациентка обладала ярко выраженными маскулинными чертами во внешности.

Бред и галлюцинации не выявляются. Поведение упорядоченное. Критика к состоянию полная.

**Заключение по итогам экспериментально-психологического исследования.** В ходе проведенного психологического исследования, у пациентки были обнаружены особенности протекания психических процессов, характерные для варианта нормы у пациента с явной акцентуацией характера по гипертимно-возбудимому типу. Истинность расстройства полоролевой самоидентификации обнаруживается как в исследовании психического пола, так биологического и социального. При этом, у обследуемой выявляется так же достаточная понимания глубины дифференциации гендерных стереотипов, понимание их рамок и границ, а так же четкое самовосприятие себя в их рамках с позиции маскулинности. Усвоенные ею в процессе социального становления позиции мужественности были интериоризованы соответственно мужскому полу и периодизации развития, а собственные сформировавшиеся представления о собственной полоролевой позиции характерны и конгруэнтны нормативной политипизированной «Я-концепции». Подобная гармоничность формирования полоролевых представлений нехарактерна для пациентов, чьи транссексуальные установки связаны с процессуальными расстройствами.

**Разбор случая.** Согласно данным субъективного анамнеза и результатам исследования материальных свидетельств, расстройство половой идентификации ярко проявлялось у пациентки уже с раннего детского возраста инверсией половой идентичности и инверсией половой социализации личности. В соответствии с этим, пациентке были свойственны

желание одеваться в мужскую одежду, стремление говорить о себе в мужском роде, исключительный интерес к играм, характерным для мальчиков. Притом данные поведенческие феномены возникали не смотря на попытки воспитания девочки соответственно полу. Пациентка отличалась экстравертированностью, высокими коммуникативными способностями, агрессивностью и решительностью, что позволяло ей не только легко адаптироваться в мужских коллективах, но и занимать в них лидерские позиции.

Психосексуальное развитие сопровождалось заострением переживаний, связанных с отверганием как женской половой роли, так и телесных половых признаков. Обесценивание половых органов проявлялось в поведении полным отказом от мастурбации и генитальных контактов. Эротическое и сексуальное влечение изначально имели исключительно гомосексуальную направленность. Несоответствие гениталий идентичности и сексуальной ориентации приводило к фрустрации полового влечения, однако в дальнейшем пациентка, всилу характерологических особенностей, смогла адаптироваться и поддерживала половые отношения в приемлемой для себя и партнеров форме.

Наличие у пациентки инверсии половой идентификации, социализации и сексуальной ориентации личности в подростковом и зрелом возрасте подтверждают как материальные свидетельства, так и объективные анамнестические сведения. На протяжении жизни *В* не обнаруживала признаков психической патологии, была социально адаптирована.

Таким образом, полученные анамнестические сведения о наличии субъективно осознаваемой и объективно определяемой тотальной инверсии половой идентичности, социализации и сексуальной ориентации личности с раннего детства в совокупности с результатами экспериментально-психологического исследования позволяют установить диагноз

«Транссексуализм» (F64.0). Клинический диагноз может быть сформулирован как «Транссексуализм ядерный, женский тип».

**Катамнез.** По итогам проведенного обследования, пациентке была выдана медицинская документация, необходимая для изменения документов на мужское имя. В 2016 г. была произведена замена паспорта. В том же году произвел мастэктомию. В 2017 г. женился. На момент беседы, состоявшейся в 2021 г., пациент проживал на прежнем месте вместе с женой. Сменил работу на более доходную. Социально адаптирован. Поддерживает дружеские отношения с членами семьи жены. Гормональные препараты не принимает, так как считает свою внешность достаточно маскулинной. Желает также произвести фаллопластику, однако в настоящее время не имеет материальной возможности это сделать.

#### Приложение 4. Карта исследования

Группа \_\_\_\_\_

#### КАРТА ИССЛЕДОВАНИЯ

Дата заполнения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20

Пациент № \_\_\_\_\_

#### ОБЩИЕ ДАННЫЕ

<b>Пол</b>	0) мужской; 1) женский (нужное подчеркнуть)
<b>Возраст</b>	
<b>Социальное положение</b>	1) учащийся школы; 2) студент средне-специального учебного заведения; 3) студент вуза; 4) другое (нужное подчеркнуть)
<b>Работа</b>	0) нет, 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Проживает</b>	0) совместно с родителями; 1) с одним из родителей, с другими родственниками; 2) с

	<p>другими родственниками; 3) самостоятельно; 4) сожителем; 5) другое <i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Клинический диагноз</b>	
<b>Возраст дебюта заболевания</b>	
<b>Обращение к психиатрам в прошлом</b>	<p>0) нет; 1) поддержка в стремлении изменить пол; 2) рекомендации по лечению психического расстройства; 3) различный опыт; 4) направление к специалисту по расстройствам половой идентификации <i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Обращение к психологам в прошлом</b>	<p>0)нет; 1) поддержка в стремлении изменить пол; 2) рекомендации по лечению психического расстройства; 3) различный опыт; 4) направление к специалисту по расстройствам половой идентификации <i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Получение справки об изменении пола</b>	<p>0)нет, 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i></p>

### ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

<b>Инициатор обращения</b>	<p>0) пациент; 1) родственники пациента; 2) другие лица (перечислить):  <i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Мотив обращения (пациент)</b>	<p>0) отсутствие четкого мотива; 1) получение разрешения на изменение пола; 2) сомнения в своей половой идентичности; 3) нарушение поведения; 4) аффективные нарушения; 5) суицидальные идеи/попытки; 6) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i></p>

<p><b>Мотив обращения (родственники)</b></p>	<p>0) отсутствие четкого мотива; 1) получение разрешения на изменение пола для пациента (поддерживают намерение); 2) заявление пациента о желании изменить пол и/или нарушение полоролевого поведения (не поддерживают); 3) нарушение поведения; 4) аффективные нарушения; 5) суицидальные идеи/попытки; 6) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<p><b>Поведение во время обследования</b></p>	<p>0) заинтересованность; 1) активное сотрудничество; 2) настороженность; 3) оппозиционность; 4) враждебность; 5) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<p><b>Половая идентификация</b></p>	<p>0) нормативная; 1) инверсная; 2) трансгендер; 3) транссексуал; 4) человек без пола; 5) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<p><b>Половая идентификация в речи</b></p>	<p>0) соответствует полу; 1) говорит о себе попеременно соответственно полу и в инверсном роде; 2) избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе соответственно полу; 3) избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе в инверсном роде; 4) избегает родовых окончаний или говорит о себе соответственно полу при посторонних, но в присутствии близких – инверсно; 5) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>

<b>Реакция на обращение по имени</b>	0) нейтральная; 1) негативная <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Реакция на обращение в роде, соответствующем гражданскому</b>	0) нейтральная; 1) негативная <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Кросс-дрессинг</b>	0) отсутствие; 1) полный; 2) стиль «унисекс»; 3) отдельные элементы; 4) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Нижнее белье</b>	0) соответственно гражданскому полу; 1) кросс-дрессинг; 3) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Прическа</b>	0) полностью соответствует полоролевым стереотипам; 1) в целом соответствует гендерным стереотипам (удлинение, укорочение, окраска); стиль унисекс; 2) не соответствует гендерным стереотипам (удлинение, укорочение, окраска); 3) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Окраска волос</b>	0) нет; 1) да, в цвет, имитирующий естественные оттенки; 3) да, в яркий цвет; 4) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Соккрытие вторичных половых признаков при помощи механических средств</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Прием гормональной терапии</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>

<b>Стремление к видам деятельности, характерным для противоположного пола</b>	0) нет; 1) да; 3) отдельные элементы (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Группирование в обществе лиц, противоположного пола</b>	0) нет; 1) да; 3) отдельные элементы (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Сексуальное влечение</b>	0) отсутствие; 1) гетеросексуальное; 2) гомосексуальное; 3) бисексуальное.  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Парное сексуальное поведение</b>	0) отсутствие; 1) гетеросексуальное; 2) гомосексуальное; 3) бисексуальное.  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Сомнения в своей гетеросексуальной ориентации</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Эгодистонические гомосексуальные фантазии</b>	1) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Эгосинтоничные гомосексуальные фантазии</b>	1) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Мастурбация</b>	1) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Тип мастурбации</b>	0) нет; 1) мастурбация периода юношеской гиперсексуальности; 2) персевераторно-обсессивная; заместительная; 3) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Отвержение собственных гениталий</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Недовольство собственной внешностью</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>

<p><b>Стремление к изменению пола</b></p>	<p>0) нет; 1) стремление только к перемене имени на гендерно нейтральное или соответствующее противоположному полу; 2) стремление к изменению имени и социального пола с возможностью позиционирования себя в ином гендере в ближайшем кругу знакомых; 3) стремление к изменению социального и гражданского (паспортного) пола; 4) стремление к изменению социального, гражданского и гормонального пола; 5) стремление к изменению социального, гражданского, гормонального пола и проведение частичной хирургической коррекции пола (без изменения гениталий); 6) стремление к полной половой трансформации; 7) другое</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<p><b>Основные источники получения информации о расстройствах половой идентификации</b></p>	<p>0) Профессиональные источники информации (информация полученная от врача, профессиональные медиа-платформы и пр.)</p> <p>1) Непрофессиональные источники (статьи в общедоступных информационных платформах, анонимные форумы и чаты, ток-шоу, интервью и т.п.)</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<p><b>Регулярный просмотр информации о расстройствах половой идентификации</b></p>	<p>0)нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>

<b>Соответствие субъективных анамнестических данных о полоролевом поведении объективным сведениям</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Искажение субъективных анамнестических данных</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Изменение внешности и поведения непосредственно перед визитом к врачу или в процессе обследования с целью мимикрии (следы проколов на мочках ушей, данные об изменении стиля одежды, «репетиция» поведения и т.п.)</b>	0) нет; 1) да  <i>нужное подчеркнуть)</i>
<b>Искажение объективных анамнестических данных</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Наличие объективных материальных свидетельств (фотографии, записи в социальных сетях, дневниках и пр.)</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Суицидальные высказывания</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Суицидальные попытки</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Брутальные (некрофильные) суициальные фантазии</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Некрофильные сновидения</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Гомицидные фантазии</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Зоосадистические фантазии</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Зоосадистические акты</b>	0) нет; 1) да  <i>(нужное подчеркнуть)</i>

<b>Аддиктивное поведение</b>	0) нет; 1) да, явное; 2) да, скрытое <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Алкоголизация</b>	нет; 1) да, явное; 2) да, скрытое <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Наркотизация</b>	0) нет; 1) да, явное; 2) да, скрытое <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Расстройства пищевого поведения</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Общение в асоциальных компаниях</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Предпочтение виртуального общения</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>«Интернет-дрейф»</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Влечение к самоповреждению</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Аутодеструктивное поведение</b>	0) нет; 1) да, скрытое; 2) да, явное <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Объективно выявляемые признаки самоповреждающего поведения (порезы, ожоги и т.п.)</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Наличие на теле татуировок, пирсинга</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Общение с представителями ЛГБТ</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Возраст формирования установки на изменение пола (субъективные данные)</b>	
<b>Возраст формирования установки на изменение пола (объективно)</b>	
<b>Деперссивный синдром</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):

	<i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Гипоманиакальный</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Маниакальный</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Смешанный (дисфорический) аффект</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Деперсонализация/дереализация</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Дисморфофобия</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Обсессии</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Сенесто-ипохондрический синдром</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Паранойяльный синдром</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Синдром метафизической интоксикации</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):

	<i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Обманы восприятия</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Структурные нарушения мышления</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Другое</b>	
<b>Социальная адаптация</b>	0) да; 1) трудности адаптации; 2) дезадаптация  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Стремление к подражательству</b>	0) нет; 1) подражание более успешным сверстникам; 2) подражание знаменитостям; 3) подражание вымышленным персонажам  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Группирование в субкультурных сообществах</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Социальная адаптация в однополой группе</b>	0) да; 1) трудности адаптации; 2) дезадаптация  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Конфликты в коллективе сверстников</b>	0) нет; 1) да, вербальная агрессия; 2) да, вербальная и физическая агрессия  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Насмешки в коллективе, затрагивающие гендерную сферу</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Отношение к членам семьи</b>	0) теплое; 1) формальное; 2) холодное; 3) враждебное  <i>(нужное подчеркнуть)</i>

## ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Опросник		Показатели
<b>SOPS</b>	Общий балл	
	Позитивные симптомы	
	Негативные симптомы	
	Симптомы дезорганизации	
	Общие симптомы	
<b>Шкала Y-BOCS</b>		
<b>Шкала деперсонализации</b>		
<b>HADS (D)</b>		
<b>HADS (A)</b>		
<b>Опросник суицидального риска (модификация Разуваевой Т.Н.)</b>	Демонстративность	
	Аффективность	
	Уникальность	
	Несостоятельность	
	Социальный пессимизм	
	Слом культурных барьеров	
	Максимализм	
	Временная перспектива	
	Атисуицидальный фактор	

## ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ

<b>Семья</b>	<p>0) полная; 1) неполная (воспитывается матерью); 2) неполная (воспитывается отцом); 3) неполная (воспитывается другими родственниками); 4) воспитывается матерью и отчимом, воспитывается отцом и мачехой; 5) другое</p> <p style="text-align: center;"><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Отношения между родителями</b>	<p>0) дружеские; 1) формальные; 2) холодные; 3) конфликтные; 4) не общаются; 5) другое</p> <p style="text-align: center;"><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Стиль воспитания</b>	<p>0) гармоничный; 1) дисгармоничный</p> <p style="text-align: center;"><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>

<b>Эмоциональное отвержение</b>	0) нет; 1) да: скрытое, явное, жестокость <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Половое воспитание в семье</b>	0) гармоничное; 1) дисгармоничное; 2) резко дисгармоничное; 3) другое <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Поощрение членами семьи нарушений стереотипов полоролевого поведения</b>	0)нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Насмешки и упреки в семье, затрагивающие гендерную сферу</b>	0)нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Эпизоды полового насилия в семье</b>	0)нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>

### **НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ И РАННЕЕ РАЗВИТИЕ**

<b>Наследственность, линия отца</b>	0) не отягощена; 1) шизофрения; 2) химическая зависимость; 3) нехимическая зависимость; 4) аффективные расстройства; 5) олигофрения; 6) деменция; 7) нарушения половой идентичности; 8) самоубийства; 9) совершение преступлений против жизни и здоровья; 10) совершение преступлений против половой неприкосновенности; 11) неизвестна <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Наследственность, линия матери</b>	0) не отягощена; 1) шизофрения; 2) химическая зависимость; 3) нехимическая зависимость; 4) аффективные расстройства; 5) олигофрения; 6) деменция; 7) нарушения половой идентичности; 8) самоубийства; 9) совершение преступлений против жизни и здоровья; 10) совершение преступлений против половой неприкосновенности; 11) неизвестна <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Патология беременности, 1 триместр</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание): <i>(нужное подчеркнуть)</i>

<b>Патология беременности, 2 триместр</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание): <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Патология беременности, 3 триместр</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание): <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Роды в срок</b>	0) да; 1) раньше срока; 2) позже срока <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Патология родов</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание): <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Родовая травма головного мозга</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание): <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Признаки невропатии в младенческом возрасте</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание): <i>(нужное подчеркнуть)</i>

### КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

<b>Конституциональный личностный радикал</b>	0) сенситивный; 1) шизоидный; 2) эпилептоидный; 3) истероидный; 4) психасенический; 5) сенситивно-шизоидный; 6) синситивно-истероидны; 7) истеро-эпилептоидный; 8) шизо-эпилептоидный; 9) другой  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Коммуникативные способности</b>	0) высокие; 1) умеренные; 2) субъект затрудненной коммуникации  <i>(нужное подчеркнуть)</i>

### ПРЕПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД

<b>Половая идентификация</b>	0) нормативная; 1) инверсная; 2) трансгендер; 3) транссексуал; 4)
------------------------------	---

	<p>человек без пола; 5) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Половая идентификация в речи</b>	<p>0) соответствует полу; 1) говорит о себе попеременно соответственно полу и в инверсном роде; 2) избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе соответственно полу; 3) избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе в инверсном роде; 4) избегает родовых окончаний или говорит о себе соответственно полу при посторонних, но в присутствии близких – инверсно; 5) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Реакция на обращение по имени</b>	<p>0) нейтральная; 1) негативная</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Реакция на обращение в роде, соответствующем гражданскому</b>	<p>0) нейтральная; 1) негативная</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Кросс-дессинг</b>	<p>0) отсутствие; 1) полный; 2) стиль «унисекс»; 3) отдельные элементы; 4) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Нижнее белье</b>	<p>0) соответственно гражданскому полу; 1) кросс-дрессинг; 2) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Прическа</b>	<p>0) полностью соответствует полоролевым стереотипам; 1) в целом соответствует гендерным стереотипам (удлинение, укорочение, окраска); стиль</p>

	<p>унисекс; 2) не соответствует гендерным стереотипам (удлинение, укорочение, окраска); 3) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Стремление к видам деятельности, характерным для противоположного пола</b>	<p>0) нет; 1) да; 2) отдельные элементы (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Группирование в обществе лиц, противоположного пола</b>	<p>0) нет; 1) да; 3) отдельные элементы (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Сомнения в своей сексуальной ориентации</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Эгодистонические гомосексуальные фантазии</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Эгосинтоничные гомосексуальные фантазии</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Мастурбация</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Тип мастурбации</b>	<p>0) нет; 1) мастурбация периода юношеской гиперсексуальности; 2) персевераторно-обсессивная; заместительная; 3) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Отвержение собственных гениталий</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Недовольство собственной внешностью</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Стремление к изменению пола</b>	<p>0) нет; 1) стремление только к перемене имени на гендерно нейтральное или соответствующее противоположному полу; 2) стремление к изменению</p>

	<p>имени и социального пола с возможностью позиционирования себя в ином гендере в ближайшем кругу знакомых; 3) стремление к изменению социального и гражданского (паспортного) пола; 4) стремление к изменению социального, гражданского и гормонального пола; 5) стремление к изменению социального, гражданского, гормонального пола и проведение частичной хирургической коррекции пола (без изменения гениталий); 6) стремление к полной половой трансформации; 7) другое</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Суицидальные высказывания</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Суицидальные попытки</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Брутальные (некрофильные) суициальные фантазии</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Некрофильные сновидения</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Гомицидные фантазии</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Зоосадистические фантазии</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Зоосадистические акты</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Алкоголизация</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Наркотизация</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Расстройства пищевого поведения</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>

<b>Общение в асоциальных компаниях</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>«Интернет-дрейф»</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Влечение к самоповреждению</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Аутодеструктивное поведение</b>	0) нет; 1) да, скрытое; 2) да, явное (нужное подчеркнуть)
<b>Общение с представителями ЛГБТ</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Деперссивный синдром</b>	1) нет; 1) да (комментарий/описание):  (нужное подчеркнуть)
<b>Гипоманиакальный</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  (нужное подчеркнуть)
<b>Маниакальный</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  (нужное подчеркнуть)
<b>Смешанный (дисфорический) аффект</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  (нужное подчеркнуть)
<b>Депсонализация/дереализация</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  (нужное подчеркнуть)
<b>Дисморфофобия</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  (нужное подчеркнуть)
<b>Обсессии</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):

	<i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Сенесто-ипохондрический синдром</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Паранойяльный синдром</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Синдром метафизической интоксикации</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Обманы восприятия</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Структурные нарушения мышления</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Другое</b>	
<b>Социальная адаптация</b>	0) да; 1) трудности адаптации; 2) дезадаптация  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Стремление к подражательству</b>	0) нет; 1) подражание более успешным сверстникам; 2) подражание знаменитостям; 3) подражание вымышленным персонажам <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Конфликты в коллективе сверстников</b>	0) нет; 1) да, вербальная агрессия; 2) да, вербальная и физическая агрессия <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Насмешки в коллективе, затрагивающие гендерную сферу</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Отношение к членам семьи</b>	0) теплое; 1) формальное; 2) холодное;

	3) враждебное <i>(нужное подчеркнуть)</i>
--	--

### ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД (ДО ТСПС)

<b>Возраст пубертата</b>	
<b>Половая идентификация</b>	0) нормативная; 1) инверсная; 2) трансгендер; 3) транссексуал; 4) человек без пола; 5) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Половая идентификация в речи</b>	0) соответствует полу; 1) говорит о себе попеременно соответственно полу и в инверсном роде; 2) избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе соответственно полу; 3) избегает родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе в инверсном роде; 4) избегает родовых окончаний или говорит о себе соответственно полу при посторонних, но в присутствии близких – инверсно; 5) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Реакция на обращение по имени</b>	0) нейтральная; 1) негативная <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Реакция на обращение в роде, соответствующем гражданскому</b>	0) нейтральная; 1) негативная <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Кросс-дессинг</b>	0) отсутствие; 1) полный; 2) стиль «унисекс»; 3) отдельные элементы; 4) другое (описать):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>

<b>Нижнее белье</b>	<p>0) соответственно гражданскому полу;  1) кросс-дрессинг;  2) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Прическа</b>	<p>0) полностью соответствует полоролевым стереотипам;  1) в целом соответствует гендерным стереотипам (удлинение, укорочение, окраска); стиль унисекс;  2) не соответствует гендерным стереотипам (удлинение, укорочение, окраска);  3) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Окраска волос</b>	<p>0) нет; 1) да, в цвет, имитирующий естественные оттенки; 3) да, в яркий цвет; 4) другое (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Соккрытие вторичных половых признаков при помощи механических средств</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Стремление к видам деятельности, характерным для противоположного пола</b>	<p>0) нет; 1) да; 2) отдельные элементы (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Группирование в обществе лиц, противоположного пола</b>	<p>0) нет; 1) да; 2) отдельные элементы (описать):</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Сексуальное влечение</b>	<p>0) отсутствие; 1) гетеросексуальное;</p>

	2) гомосексуальное; 3) бисексуальное. (нужное подчеркнуть)
<b>Парное сексуальное поведение</b>	0) отсутствие; 1) гетеросексуальное; 2) гомосексуальное; 3) бисексуальное. (нужное подчеркнуть)
<b>Сомнения в своей сексуальной ориентации</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Эгодистонические гомосексуальные фантазии</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Эгосинтоничные гомосексуальные фантазии</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Мастурбация</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Тип мастурбации</b>	0) нет; 1) мастурбация периода юношеской гиперсексуальности; 2) персевераторно-обсессивная; заместительная; 3) другое (описать):  (нужное подчеркнуть)
<b>Анальная мастурбация</b>	0) нет; 1) да  (нужное подчеркнуть)
<b>Отвержение собственных гениталий</b>	0) нет; 1) да (нужное подчеркнуть)
<b>Недовольство собственной внешностью</b>	0) нет; 1) да  (нужное подчеркнуть)
<b>Стремление к изменению пола</b>	0) нет; 1) стремление только к перемене имени на гендерно нейтральное или соответствующее противоположному полу; 2) стремление к изменению имени и социального пола с возможностью позиционирования себя в ином гендере в ближайшем кругу знакомых; 3) стремление к

	<p>изменению социального и гражданского (паспортного) пола; 4) стремление к изменению социального, гражданского и гормонального пола; 5) стремление к изменению социального, гражданского, гормонального пола и проведение частичной хирургической коррекции пола (без изменения гениталий); 6) стремление к полной половой трансформации; 7) другое</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Суицидальные высказывания</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Суицидальные попытки</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Брутальные (некрофильные) суициальные фантазии</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Некрофильные сновидения</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Гомицидные фантазии</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Зоосадистические фантазии</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Зоосадистические акты</b>	<p>0) нет; 1) да</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Аддиктивное поведение</b>	<p>0) нет; 1) да, явное; 2) да, скрытое</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Алкоголизация</b>	<p>0) нет; 1) да, явное; 2) да, скрытое</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Наркотизация</b>	<p>0) нет; 1) да, явное; 2) да, скрытое</p> <p><i>(нужное подчеркнуть)</i></p>
<b>Расстройства пищевого</b>	<p>0) нет; 1) да</p>

<b>поведения</b>	<i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Общение в асоциальных компаниях</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>«Интернет-дрейф»</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Влечение к самоповреждению</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Аутодеструктивное поведение</b>	0) нет; 1) да, скрытое; 2) да, явное <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Объективно выявляемые признаки самоповреждающего поведения (порезы, ожоги и т.п.)</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Наличие на теле татуировок, пирсинга</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Общение с представителями ЛГБТ</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Деперссивный синдром</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Гипоманиакальный</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Маниакальный</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Смешанный (дисфорический) аффект</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Депсонализация/дереализация</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>

<b>Дисморфофобия</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Обсессии</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Сенесто-ипохондрический синдром</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Паранойяльный синдром</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Синдром метафизической интоксикации</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Обманы восприятия</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Структурные нарушения мышления</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Другое</b>	
<b>Социальная адаптация</b>	0) да; 1) трудности адаптации; 2) дезадаптация  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Стремление к подражательству</b>	0) нет; 1) подражание более успешным сверстникам; 2) подражание знаменитостям; 3) подражание вымышленным персонажам  <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Группирование в</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание):

<b>субкультурных сообществах</b>	<i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Конфликты в коллективе сверстников</b>	0) нет; 1) да, вербальная агрессия; 2) да, вербальная и физическая агрессия <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Насмешки в коллективе, затрагивающие гендерную сферу</b>	0) нет; 1) да (комментарий/описание): <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Отношение к членам семьи</b>	0) теплое; 1) формальное; 2) холодное; 3) враждебное <i>(нужное подчеркнуть)</i>

### ИНИЦИАЦИЯ

<b>Наличие иницирующей ситуации</b>	0) нет; 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Источник инициации</b>	0) нет; 1) интернет; 2) друзья\знакомые; 3) другое (описать): <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Возраст инициации</b>	
<b>Примечания:</b>	

### ЛЕЧЕНИЕ

<b>Согласие на лечение (1)</b>	0) нет (причина): 1) да <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Согласие на лечение (2)</b>	0) нет; 1) согласие фармакотерапию и психотерапию; 2) согласие только на фармакотерапию (причина):

	<i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Состав лечения</b>	
<b>Продолжительность лечения</b>	
<b>SOPS (после лечения)</b>	
<b>Ответ на терапию</b>	0) явно положительный; 1) умеренный положительный; 2) минимальный <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Стремление к изменению пола</b>	0) нет; 1) стремление только к перемене имени на гендерно нейтральное или соответствующее противоположному полу; 2) стремление к изменению имени и социального пола с возможностью позиционирования себя в ином гендере в ближайшем кругу знакомых; 3) стремление к изменению социального и гражданского (паспортного) пола; 4) стремление к изменению социального, гражданского и гормонального пола; 5) стремление к изменению социального, гражданского, гормонального пола и проведение частичной хирургической коррекции пола (без изменения гениталий); 6) стремление к полной половой трансформации; 7) другое <i>(нужное подчеркнуть)</i>
<b>Примечания:</b>	

## Приложение 5. Шкала продромальных симптомов (SOPS)

### Субшкала А. Позитивные симптомы

#### П1. Необычное содержание мыслей / бредовые мысли.

*Наличие одного или нескольких из следующих признаков:*

- а. напряженное или бредовое настроение; что-то странное приходит в голову; фрагментарность элементы нереальности происходящего; близкие кажутся странными, вызывающими смущение, предвещающими угрозу, представляющими опасность и пр.; ощущение измененности себя и окружающих; изменение восприятия времени; дежа-вю;
- б. неперсекуторные идеи отношения (включая нестойкий бред отношения);
- в. нарушение функции мышления (наплыв, обрыв мыслей, персеверации, вкладывание, открытость, чтение мыслей);
- г. другие убеждения сверхценного характера, охваченность ими (религия, медитация, философия, другие экзистенциальные темы); магическое мышление, определяющее поведение и выходящее за пределы общепринятых в данной культуре норм (суеверие, ясновидение, «шестое чувство», необычные религиозные убеждения);
- д. бредовые идеи относительно своего тела, вины, нигилизма, ревности, религиозного содержания, внешнего контроля, получение посланий посредством радио- и телепередач; бредовые идеи могут присутствовать, но не постоянны и не достигают степени систематизированных.

*Степень тяжести:*

- 0. отсутствует;
- 1. сомнительно: неожиданные мысли, чувства, движения, обращают на себя внимание, но быстро проходят;
- 2. слабая степень: необычные явления, вызывающие недоумение, чувство, что что-то изменилось;
- 3. умеренная степень: неожиданные расстройства мышления / идеи, которые не остаются незамеченными, вызывают напряжение и

- беспокойство; возникающее чувство неожиданного психического опыта более отчетливо и продолжительно;
4. сильно выраженная: ощущение, что возникающие переживания наведены извне или болезненные убеждения реальны, при этом критика к состоянию сохранена;
  5. очень сильно выраженная, но не психотического уровня: охваченность идеями внешнего контроля, при этом возникают сомнения в истинности переживаний по контрасту с доболезненным состоянием или после убеждений окружающих;
  6. очень сильно выраженная психотического уровня: бредовые переживания, не поддающиеся переубеждению, как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение, влияющие на мышление и социальные взаимоотношения.

## **П2. Подозрительность / идеи преследования.**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. чрезмерная озабоченность причинами, определяющими поведение окружающих, недоверчивость;
- б. подозрительность или параноидное мышление;
- в. настороженность или открытая недоверчивость, отражающая бредовые установки и отражающаяся в общении и поведении.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие;
1. сомнительная степень: осмотренность;
2. слабая степень: сомнение в собственной безопасности, чрезмерная бдительность без определения источника опасности;
3. умеренная степень: ощущение, что окружающие ведут себя враждебно, озадаченность происходящим и недоверчивость;

4. сильно выраженная: нестойкие идеи наблюдения, выделения. Убеждения быстро преходящи. Вызывают беспокойство и подозрительность.
5. очень сильно выраженная непсихотического уровня: озабоченность идеями опасности, убежденность в том, что является центром враждебного внимания, временами возникает открытая подозрительность, но поведение в целом меняется минимально, критика может быть неполной, но без отчетливой убежденности;
6. очень сильно выраженная психотического уровня: параноидные идеи, как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение.

### **ПЗ Идеи величия**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. чрезмерная самооценка и нереалистичное чувство превосходства;
- б. экспансивность и хвастливость;
- в. возможно наличие отчетливых бредовых идей величия, определяющих поведение.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие;
1. сомнительная степень: чувство собственного превосходства;
2. слабая степень: идеи талантливости, исключительности, сохраняется чувство превосходства;
3. умеренная степень: ощущение обладания особой силой, способностями, временами возникает экспансивность;
4. сильно выраженная степень: нестойкие, быстро проходящие идеи особой силы, богатства;
5. очень сильно выраженная непсихотического уровня: убежденность в неестественно высоком интеллекте, собственной

привлекательности, силе, популярности. Критика может быть неполной, но убеждения не влияют на поведение;

- б. очень сильно выраженная психотического уровня: бредовые идеи величия как минимум интермиттирующего характера, определяющие поведение.

#### **П4 Перцептивные расстройства / галлюцинации**

*Наличие одного или более из следующих пунктов по одной или более сенсорных сфер (слуховая, зрительная, соматическая, тактильная, обонятельная, вкусовая):*

- а. необычные сенсорные явления, усиление или притупление чувств, яркие представления, искажения, иллюзии;
- б. псевдогаллюцинации или галлюцинации при сохранении осознания болезненности состояния;
- в. периодическая потеря критики к состоянию, не влияющая на мышление и поведение.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие;
1. сомнительная степень: изменения в перцептивной сфере, усиление или ослабление чувств;
2. слабая степень: необычные, неоформленные перцептивные расстройства (шумы, вспышки и пр.), беспокойство;
3. умеренная степень: необычные отчетливые перцептивные расстройства (образы, геометрические фигуры, отчетливые звуки), аффект недоумения, беспокойство;
4. сильная степень: перцептивные искажения, иллюзии, псевдогаллюцинации (лица, фигуры, голоса), которые определяются как нереальные, не вызывающие сильного страха или охваченности;

5. очень сильная степень непсихотического уровня: одна или две отчетливые непродолжительные галлюцинации, могут сопровождаться другими слабовыраженными перцептивными расстройствами, не определяющие мышление и поведение;
6. очень сильно выраженные психотического уровня: галлюцинации, как минимум интермиттирующего характера (образы, голоса, другие сенсорные расстройства), воспринимаются как реальные, хотя бы минимально влияют на поведение, мышление.

## **П5 Расстройства мышления**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. странности мышления или речи, неопределенность, метафоричность, преувеличение, стереотипность;
- б. беспорядочное или путаное суждение о чем-либо, ускорение или замедление мыслей, использование неправильных слов для описания, соскальзывание и нецеленаправленность речи;
- в. стереотипное, бесцельное или паралогичное мышление, трудности в упорядочивании и выражении мыслей;
- г. растормаживание ассоциативного процесса делает речь малопонятной.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие;
1. сомнительная степень: внезапные, выпадающие из контекста слова и фразы;
2. слабая степень: неопределенная, беспорядочная, бессодержательная речь;
3. умеренная степень: неправильно употребляемые слова, не относящиеся к предмету фразы, частое внезапное отклонение от темы разговора, метафоричность, стереотипии в речи, чрезмерная детализация;

4. сильная степень: стереотипное или паралогичное мышление, трудности в управлении мыслями без потери ассоциативного процесса, периодически малопонятная речь;
5. очень сильная степень непсихотического уровня: стереотипное или паралогичное мышление, нецеленаправленность речи, имеются трудности в направлении мыслей, потеря ассоциативных взаимосвязей при расспросах, временами малопонятная речь, что выявляется в ответах на вопросы;
6. очень сильная степень психотического уровня: утеря продуктивности речи или неуместность, непонятность высказываний, потеря структуры речи, комплексное нарушение речи.

### **Субшкала Б. Негативные симптомы**

#### **Н1 Социальная изоляция и избегание**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. недостаток близких друзей или знакомых кроме родственников первой степени родства;
- б. чрезмерная социальная тревога, не уменьшающаяся при дружеском общении и больше имеющая тенденцию к связи с параноидным страхом, чем с заниженной самооценкой;
- в. болезненная симптоматика ослабляется в одиночестве, к которому больной и стремится, хотя, если требуется, проявляет социальную активность, в общении инициативы не проявляет;
- г. пассивно соглашается с проявлением социальной активности, но без интереса, механически с тенденцией пасовать перед малейшими трудностями.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие

1. сомнительная степень: некоторая «неуклюжесть» в социальном плане при сохранении социальной активности;
2. слабая степень: снижение заинтересованности в общественной деятельности, при сохранении социализации;
3. умеренная степень: неохотное участие в социальной деятельности, отсутствие интереса, социальная пассивность;
4. сильно выраженная степень: круг общения ограничен преимущественно семьей, дефицит дружеских связей, социальная апатия, минимальное участие в общественной деятельности;
5. очень сильно выраженная степень: значительные трудности во взаимоотношениях, отсутствие близких друзей, большую часть времени проводит в одиночестве или с родственниками первой степени родства;
6. крайняя степень выраженности: друзей нет, общение носит только формальный характер, практически все время одинок.

## **Н2 Самоустранение**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. нарушения в начале, поддержании и контроле целенаправленной деятельности;
- б. потеря активности, энергичности, продуктивности;
- в. отсутствие интереса к занятиям, требующим усилий или длительного времени выполнения.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие;
1. сомнительная степень: снижение способности целенаправленной деятельности;
  - а. слабая степень: низкий уровень энергии, простые задачи требуют больших затрат времени и усилий, чем это необходимо в норме;

2. умеренная степень: низкий уровень мотивации при выполнении целенаправленных действий, снижение инициативности в постановке и выполнении задач, решение задачи требует дополнительной внешней стимуляции;
3. сильно выраженная степень: минимальный уровень мотивации при выполнении целенаправленных действий, требуется постоянная внешняя стимуляция;
4. очень сильно выраженная степень: выраженная недостаточность влечений и энергии, что отражается на достижении поставленной цели, большинство целенаправленных действий не доводятся до конца, требуется постоянная внешняя стимуляция, которая не всегда оказывается успешной;
5. крайняя степень выраженности: внешняя стимуляция безуспешна, целенаправленной активности нет

### **НЗ Уменьшение эмоциональной экспрессии**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. уплощение, снижение, сокращение продолжительности эмоционального ответа, что характеризуется мимикой, модуляцией голоса (монотонная речь) и жестикულიацией (однообразное положение тела);
- б. недостаток спонтанной речи, продолжительности монолога, сокращение количества слов в беседе, проявляет небольшую инициативу в общении при наличии тенденции к односложным ответам, краткости;
- в. недостаток речи, обеднение проявлений эмпатии, уменьшение открытости в беседе, чувства сопричастности к собеседнику, интереса и вовлеченности в беседу, что свидетельствует о дистанцировании и сокращении процессов вербально и невербальной коммуникации;

*Степень тяжести:*

0. отсутствие;
1. сомнительная степень: отсроченный или притупленный эмоциональный отклик;
2. слабая степень: в беседе наблюдается недостаток живости, неестественность;
3. умеренная степень: минимальная степень экспрессии эмоций при сохранении способности продолжать разговор;
4. сильно выраженная степень: трудности в поддержании беседы, монотонная речь, минимальная эмпатия, избегание зрительного контакта;
5. очень сильно выраженная степень: начало и поддержание беседы требует активных вопросов со стороны собеседника, аффект уплощен, полное отсутствие жестикуляции;
6. крайняя степень выраженности: уплощенный монотонный аффект, не принимает участия в разговоре, несмотря на активные вопросы.

#### **Н4 Уменьшение эмоциональной чувствительности**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. эмоциональная чувствительность и экспрессия становятся трудно распознаваемыми, искусственными, неадекватными ситуации;
- б. ощущение дистанцированности в беседе, затруднение взаимопонимания;
- в. притупление эмоций, ослабления чувства радости и горя;
- г. чувство бесчувствия, ангедония, апатия, потеря интереса, скука;
- д. ощущение измененности, нереальности или странности; явления деперсонализации, отстраненности от окружающего;
- е. потеря чувства собственного «я».

*Степень тяжести:*

0. отсутствие

1. сомнительная степень: чувство отгороженности от окружающих, стойкое ощущение эмоциональной притупленности, сглаженности, тусклости;
2. слабая степень: недостаток сильных эмоций или ясно определяемых чувств;
3. умеренная степень: эмоции переживаются как приглушенные, притупленные или с трудом различаемые;
4. сильно выраженная степень: чувство «омертвения», уплощенности или недифференцированного отвращения к себе, трудности в переживании эмоций, в том числе острых (радость, горе);
5. очень сильно выраженная степень: чувство потери собственного «Я», деперсонализация, чувство собственной измененности, странности, может чувствовать себя отчужденным от собственного тела, окружения, времени, эти ощущения фиксируются постоянно;
6. крайняя степень выраженности: ощущение глубокой собственной измененности и чуждости, полное отсутствие переживания эмоций.

#### **Н5 Ослабление идеаторной активности:**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. трудности абстрактного мышления, нарушения абстрактно-символической сферы проявляются в трудностях классификации, обобщении, прибегании к конкретному и эгоцентрическому типам мышления при решении сложных задач, часто использование конкретного мышления;
- б. упрощение структуры речи, исчезновение причастных оборотов, дополнений;
- в. стереотипное мышление, нарушение плавности речи, спонтанности, застревание на одном предмете, что свидетельствует о ригидности, повторяемости и бесплодности содержания мышления, некоторая ригидности установок и убеждений, может отказываться от

рассмотрения альтернативы или испытывать трудности при переходе с одного предмета беседы на другой;

- г. как слушатель не может различить по смыслу сходные по звучанию фразы, уловить суть беседы.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие
1. сомнительная степень: некоторые затруднения, неловкость в беседе;
2. слабая степень: трудности понимания нюансов беседы, снижение способности к диалогу;
3. умеренная степень: неверная интерпретация многих пословиц, использование простых предложений, пропуск абстрактных абзацев при выполнении заданий;
4. сильно выраженная степень: периодически теряет «нить» беседы, стереотипная и персеверационная речь, небогатый словарный запас, используются простые слова и предложения, конкретность суждений;
5. очень сильно выраженная степень: трудности в описании событий при относительной сохранности способности следить за вопросами и реагировать на простые утверждения, словарный запас ограничен, вербальная продукция ограничивается простыми словами и короткими предложениями, может испытывать трудности в интерпретации пословиц и выполнении сравнений;
6. крайняя степень выраженности: временами не способен поддержать разговор, независимо от его сложности, словарный запас значительно ограничен самыми простыми словами или односложными ответами (да/нет).

## **№6 Нарушения в ролевом функционировании**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. трудности осуществления ролевого функционирования (как работник, студент, домохозяйка), что раньше не вызывало сложностей;
- б. нарушения продуктивных взаимоотношений с коллегами, одноклассниками, сокурсниками.

*Степень тяжести:*

- 0. отсутствие
- 1. сомнительная степень: для поддержания работоспособности требуются определенные усилия;
- 2. слабая степень: трудности производственного или учебного функционирования, очевидные для окружающих;
- 3. умеренная степень: отчетливые проблемы в решении производственных задач или сдаче экзаменов;
- 4. сильно выраженная степень: неудачи в одном или нескольких занятиях, замечания, испытательные сроки на работе;
- 5. очень сильно выраженная степень: прогулы и другие значительные проблемы в следовании требованиям, отсутствие на работе в связи с проблемами, неспособность работы в коллективе;
- 6. крайняя степень выраженности: тотальное непосещение, отчисление с учебы, увольнение за прогулы.

### **Субшкала В. Симптомы дезорганизации**

#### **Д1 Странное поведение и явления**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. астранное, эксцентричное или своеобразное поведение (например, коллекционирование мусора, разговор с самим собой на людях, накопление пищевых продуктов, импульсивное поведение);
- б. неадекватный ситуации аффект;

- в. манерность и позирование, неестественные движения и позы, неуклюжие движения, высокопарность, напыщенность, дискоординированность, диспластичность.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие
1. сомнительная степень: особенности поведения и внешнего вида;
2. слабая степень: поведение и внешний вид необычные и странные;
3. умеренная степень: странное, необычное поведение, внешний вид, интересы, хобби и занятия, которые выходят за рамки культуральной нормы, может вести себя неадекватно ситуации;
4. сильно выраженная степень: поведение и внешний вид не соответствуют общепринятым нормам, пациент может казаться растерянным, дискоординированным, движения разлажены, диспластичны;
5. очень сильно выраженная степень: значительные странности в поведении и внешнем виде, периодическая охваченность собственными переживаниями, ответы вне контекста беседы, неадекватный ситуации аффект, неприятие окружающими;
6. крайняя степень выраженности: грубо нелепые внешний вид и поведение (собирает мусор, разговор с самим собой на людях), несоответствие аффекта содержанию речи.

## **Д2 Причудливое мышление**

Мышление характеризуется наличием странных, фантастических или нелепых идей (искаженность, алогичность или абсурдность).

*Степень тяжести:*

0. отсутствие
1. сомнительная степень: редкие кратковременные причудливые идеи;
2. слабая степень: случайные идеи необычного содержания, алогия, искажения в мышлении;

3. умеренная степень: постоянные идеи необычного содержания, алогия и искажения мышления, которые можно квалифицировать как убеждения или философское мировоззрение, не выходящее за рамки культуральных норм;
4. сильно выраженная степень постоянные идеи необычного содержания, охватывающие пациента и выходящие за рамки общепринятых религиозных или философских представлений;
5. очень сильно выраженная степень: алогичные конструкции странных идей, не понятных окружающим;
6. крайняя степень выраженности: охваченность фантастическими абсурдными неструктурированными идеями, недоступными для понимания окружающими.

### **Д3 Трудности концентрации внимания и сосредоточения**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. повышенная отвлекаемость на внешние и внутренние раздражители;
- б. ухудшение формирования и удерживания внимания на предмете или смещение фокуса внимания на новый раздражитель;
- в. повышенная отвлекаемость;
- г. сложности в удержании в памяти предмета разговора.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие;
1. сомнительная степень: случайные промахи при сосредоточении внимания на фоне психофизических нагрузок;
2. слабая степень: случайные расстройства внимания при решении повседневных задач;
3. умеренная степень: постоянные проблемы в сосредоточении внимания, сопровождающиеся трудностями поддержания беседы;

4. сильно выраженная степень: постоянные отвлечения внимания с утерей «нити» беседы;
5. очень сильно выраженная степень: может поддерживать необходимый уровень внимания и сосредоточения только при внешней поддержке;
6. крайняя степень выраженности: не способен к сосредоточению даже при внешней поддержке.

#### **Д4 Нарушения в соблюдении личной гигиены и выполнении социальных требований**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- a. неопрятность, неухоженность, запущенность внешнего вида;
- б. несоблюдение социальных норм, вызывающее поведение, безучастность или обособленность, чудачества, склонность внезапно без видимой причины прекращать беседу.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие
1. сомнительная степень: недостаточное внимание к личной гигиене при соблюдении социальных требований к внешнему виду;
2. слабая степень: недостаточное внимание к личной гигиене, некоторая неряшливость, при соблюдении в целом социальных норм;
3. умеренная степень: периодическое, чаще ситуационное, безразличие к социальным нормам в отношении внешнего вида и одежды;
4. сильно выраженная степень: постоянная небрежность в отношении культуральных норм гигиены;
5. очень сильно выраженная степень: регулярно не моется, вид неопрятный, одежду не стирает, может источать неприятный запах;

- б. крайняя степень выраженности: не заботится о внешнем виде, совсем не моется, источает неприятный запах, неопрятность не корректируется даже при прямом указании со стороны окружающих.

### **Субшкала Г. Общие симптомы**

#### **О1 Нарушение сна**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. трудности засыпания;
- б. ранние пробуждения без последующего засыпания;
- в. дневная сонливость;
- г. инверсия суточного ритма.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие
1. сомнительная степень: сон не приносит чувства отдыха;
2. слабая степень: небольшие трудности засыпания или ночные пробуждения с последующим засыпанием;
3. умеренная степень: дневная сонливость, как результат трудностей засыпания или ранних пробуждений, более длительный сон, чем в норме;
4. сильно выраженная степень: сон значительно нарушен, что влияет на функционирование (ухудшение успеваемости или опоздания из-за сонливости);
5. очень сильно выраженная степень: значительные трудности засыпания или ранние пробуждения становятся ежедневными, может иметь место инверсия ритма сна, обычно пропускает дела, распланированные на день;
- б. крайняя степень выраженности: невозможность заснуть в течение более чем двое суток.

## **О2 Дисфоричное настроение**

*Наличие одного или более из следующих пунктов, характеризующих депрессию:*

- а. снижение интереса к прежним увлечениям;
- б. нарушения сна;
- в. повышение или снижение аппетита;
- г. анергия;
- д. трудности концентрации внимания;
- е. суицидальные мысли;
- ж. чувство собственной никчемности и/или вины.

*И наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. тревога, паника, различные страхи и фобии;
- б. раздражительность, враждебность, гнев;
- в. невозможность расслабиться, напряженность, агитация;
- г. нестабильный фон настроения.

*Степень тяжести:*

- 0. отсутствие
- 1. сомнительная степень: часто чувствует себя подавленным или раздражительным;
- 2. слабая степень: ситуационно нестабильные и/или непредсказуемые периоды печали, плохого настроения, мрачных мыслей, которые могут сочетаться с тоской, раздражительностью или тревогой;
- 3. умеренная степень: чувства грусти, тревоги и недовольства;
- 4. сильно выраженная степень: периодически возникающие эпизоды грусти, раздражительности или подавленности;
- 5. очень сильно выраженная степень: постоянное присутствие сочетания подавленности, тревоги и раздражительности, расстройство влечений (злоупотребление ПАВ);

- б. крайняя степень выраженности: выраженное сочетание подавленности, раздражительности и тревоги, что определяет поведение (суицидальные мысли/намерения/поступки, самоповреждения).

### **О3 Двигательные нарушения**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- а. субъективные или объективные признаки диспластичности, дискоординация, появившиеся трудности моторики при отсутствии их в прошлом;
- б. появление новых движений, таких как невротические привычки, стереотипии, характерные особенности при выполнении какого-либо дела, позирование или копирование движений кого-либо из окружающих;
- в. скованность, прерывистость движений;
- г. утеря автоматизма движений;
- д. компульсивные двигательные ритуалы.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие
1. сомнительная степень: некоторая неловкость в движениях;
2. слабая степень: субъективная и объективная неуклюжесть движений;
3. умеренная степень: нарушение координации, обеднение движений, трудности в мелкой моторике;
4. сильно выраженная степень: стереотипии в двигательной сфере, нередко нелепые, неадекватные ситуации;
5. очень сильно выраженная степень: навязчивые движения (невротические привычки), ритуалы, позерство, гримасничанье;
- б. крайняя степень выраженности: утеря естественности движений, кататонические явления, эхопраксия, дискинезия.

#### **04 Снижение толерантности к стрессу**

*Наличие одного или более из следующих пунктов:*

- a. избегание стрессовых ситуаций или их непереносимость и высокая истощаемость при сохранной стрессоустойчивости в прошлом;
- б. явные признаки тревоги в ответ на повседневные раздражители;
- в. усиление эмоциональных реакций на раздражительности при способности держать себя в руках в прошлом.

*Степень тяжести:*

0. отсутствие
1. сомнительная степень: усталость, истощенность в конце дня;
2. слабая степень: повседневные неурядицы вызывают неожиданно сильные приступы тревоги;
3. умеренная степень: замешательство в ситуации повседневных неурядиц;
4. сильно выраженная степень: усиленное противодействие повседневному стрессу;
5. очень сильно выраженная степень: избегает ситуаций, вызывающих стресс или чувствует подавленность вследствие повседневных раздражителей;
6. крайняя степень выраженности: дезорганизация поведения, паника, апатия или реакция отказа в ответ на повседневный стресс.

#### **Приложение 6. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)**

**Инструкция.** *Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы*

*себячувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция будет более верной.*

Д	Т		Д	Т	
		<b>Я испытываю напряжение, мне не по себе</b>			<b>Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</b>
	3	все время	3		практически все время
	2	Часто	2		Часто
	1	время от времени, иногда	1		Иногда
	0	совсем не испытываю	0		совсем нет
		<b>То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство</b>			<b>Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</b>
0		определенно, это так		0	совсем не испытываю
1		наверное, это так		1	Иногда
2		лишь в очень малой степени это так		2	Часто
3		это совсем не так		3	очень часто
		<b>Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться</b>			<b>Я не слежу за своей внешностью</b>
	3	определенно это так, и страх очень сильный	3		определенно это так
	2	да, это так, но страх не очень сильный	2		я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
	1	иногда, но это меня не беспокоит	1		может быть, я стал меньше уделять этому внимания

	0	совсем не испытываю	0	я слежу за собой так же, как и раньше
		<b>Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</b>		<b>Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться</b>
	0	определенно, это так	3	определенно, это так
	1	наверное, это так	2	наверное, это так
	2	лишь в очень малой степени это так	1	лишь в очень малой степени это так
	3	совсем не способен	0	совсем не испытываю
		<b>Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</b>		<b>Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</b>
	3	Постоянно	0	точно так, как и обычно
	2	большую часть времени	1	да, но не в той степени, как раньше
	1	время от времени	2	значительно меньше, чем раньше
	0	только иногда	3	совсем так не считаю
		<b>Я чувствую себя бодрым</b>		<b>У меня бывает внезапное чувство паники</b>
	3	совсем не чувствую	3	действительно, очень часто
	2	очень редко	2	довольно часто
	1	Иногда	1	не так уж часто
	0	практически все время	0	совсем не бывает
		<b>Я легко могу сесть и расслабиться</b>		<b>Я могу получить удовольствие от хорошей</b>

				<b>книги, фильма, радио- или телепрограммы</b>
	0	определенно, это так	0	Часто
	1	наверное, это так	1	Иногда
	2	лишь изредка это так	2	Редко
	3	совсем не могу	3	очень редко

Д \_\_\_\_\_ Т \_\_\_\_\_

### **Приложение 7. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)**

**Инструкция:** *«Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов в случае согласия с утверждением отметь «да», или – в случае несогласия – «нет».*

	Да	Нет
1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.		
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.		
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.		
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.		
5. Вам определенно не везет в жизни.		
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.		
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.		
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.		
9. Только зрелый человек может принять		

решение уйти из жизни.		
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.		
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.		
12. Вы считаете себя обреченным человеком.		
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.		
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.		
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.		
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.		
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.		
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.		
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.		
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.		
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.		

22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.		
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.		
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.		
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.		
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.		
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.		
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.		
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.		

### Приложение 8. Шкала деперсонализации Нуллера

**Инструкция:** в каждом из вопросов выберите симптомы, которые наиболее близко описывают ваше состояние.

1. Отношение к близким:

- полное исчезновение эмоционального отношения к близким (2);
- притупление чувств к близким (1);
- сохранность чувств к близким (0);
- повышенное чувство жалости, любви к близким (-1).

2. Восприятие окружающей обстановки:

- окружающая обстановка воспринимается как «мертвая», плоская, фрагментарная (2);
- окружающая обстановка воспринимается притупленно, как сквозь пленку (1);
- восприятие не нарушено (0);
- остроэмоциональное (-1).

### 3. Восприятие природы

- совершенно не трогает (2);
- притуплено (1);
- не нарушено (0);
- остроэмоциональное (-1).

### 4. Восприятие произведений искусства (музыки, живописи, театра, кино и т.п.)

- совершенно не воспринимаются (2);
- притуплено (1);
- не нарушено (0);
- остроэмоциональное (-1).

### 5. Деперсонализация мышления

- ощущение полного отсутствия мыслей в голове (2);
- исчезновение ощущения понимания собеседника (1);
- то же, но частично (0);
- не выявляется (-1).

### 6. Деперсонализация памяти

- ощущение полного отсутствия памяти при объективной ее сохранности (2);
- ощущение снижения памяти (1);
- не выявляется (0);
- обострение, «эмоциональная насыщенность воспоминаний» (-1).

## 7. Чувство знакомости

- все вокруг ощущается как совершенно незнакомое, впервые виденное (2);
- знакомые вещи узнаются не сразу, с трудом, «не совсем знакомые» (1);
- не нарушено (0);
- незнакомые люди и вещи воспринимаются как знакомые (-1).

## 8. Эмоциональные реакции

- отсутствие чувства обиды, злобы, сострадания, радости (2);
- притупление эмоциональных реакций (1);
- в пределах нормы (0);
- повышение (-1).

## 9. Контакт с окружающими и чувство сопереживания

- полное отсутствие ощущения контакта, чувства, способности к сопереживанию (2);
- частичное отсутствие ощущения контакта, чувства, способности к сопереживанию (1);
- в пределах нормы (0);
- повышение (-1)

## 10. Самовосприятие

- ощущение себя автоматом, куклой, «неживым», «машиной» (2);
- то же неотчетливо, ощущение автоматичности своих действий (1);
- нормальное (0).

## 11. Чувство душевной боли

- потеря чувств вызывает душевную боль (2);
- то же, но слабее (1);
- нет чувства душевной боли (0).

## 12. Чувство времени

- чувство времени отсутствует (3);
- полная остановка времени (в настоящий момент) (3);

- замедленное течение времени (1);
- нормальное (0);
- чувство ускорения времени (-1).

13. Деперсонализация представления

- невозможность воссоздать образ (2);
- притупление образных представлений (1);
- представления воспроизводятся нормально (0).

14. Соматопсихическая деперсонализация

- полное отсутствие болевой, тактильной, температурной, вкусовой, проприоцептивной чувствительности, ощущения веса, чувств сна, голода и насыщения, позывов на дефекацию и т.д. (2);
- притупление перечисленных в пункте 1 ощущений (1);
- нет (0).

15. Интерпретация деперсонализационных ощущений

- бред громадности, «нелепый» (3);
- бредовая трактовка, не поддающаяся разубеждению (2);
- бредовая трактовка, частично поддающаяся разубеждению (1);
- нет (0).

### **Приложение 9. Краткий вариант шкалы Йела-Брауна (Y-BOCS)**

**Инструкция:** *Оцените характеристики каждого пункта в течение недели, включая время проведения интервью.*

1. Общая продолжительность Ваших навязчивых мыслей (обсессий) в течение суток составляет:

0. не наблюдаются вообще;
1. по совокупности меньше часа;
2. по совокупности 1-3 часа в течение дня;
3. по совокупности 3-8 часов в течение дня;
4. по совокупности более 8 часов в течение дня.

2. Степень нарушения повседневной жизни вследствие наличия навязчивых мыслей:

0. совсем не нарушена;
1. нарушена слабо;
2. чувствуется негативное влияние, но образ жизни прежний;
3. сильно нарушен повседневный образ жизни;
4. образ жизни полностью нарушен.

3. Уровень психологического дискомфорта вследствие навязчивых мыслей:

0. не испытываю вообще;
1. испытываю слабый дискомфорт;
2. испытываю сильный дискомфорт, но в общем, чувствую себя хорошо;
3. испытываю сильный дискомфорт и это сказывается на моем самочувствии;
4. практически весь день испытываю очень сильный дискомфорт.

4. Сопротивление обсессиям (навязчивым мыслям):

0. в состоянии им сопротивляться практически всегда;
1. могу оказать сопротивление большей части обсессий;
2. иногда я могу оказать им хорошее сопротивление;
3. чаще всего я не могу сопротивляться им;
4. не в состоянии сопротивляться обсессиям.

5. Степень контроля над обсессиями (навязчивыми мыслями):

0. обсессии полностью находятся под моим контролем;
1. в большинстве случаев я контролирую их;
2. иногда мне удается контролировать обсессии;
3. могу контролировать их незначительно;
4. мои обсессии неконтролируемы.

6. Ваша продолжительность навязчивых действий, ритуалов (компульсий) в течении суток:

0. не наблюдаются вообще;

1. по совокупности меньше часа;
  2. по совокупности 1-3 часа в течение дня;
  3. по совокупности 3-8 часов в течение дня;
  4. по совокупности более 8 часов в течение дня.
7. Степень нарушения повседневной жизни:
0. совсем не нарушают;
  1. оказывают слабое влияние;
  2. чувствуется негативное влияние, но образ жизни прежний;
  3. сильно нарушают повседневный образ жизни;
  4. образ жизни полностью нарушен.
8. Уровень психологического дискомфорта:
0. не испытываю вообще;
  1. испытываю слабый дискомфорт;
  2. испытываю сильный дискомфорт, но в общем, чувствую себя хорошо;
  3. испытываю сильный дискомфорт и это сказывается на моем самочувствии;
  4. практически весь день испытываю очень сильный дискомфорт.
9. Сопротивление компульсиям (навязчивым действиям, ритуалам):
0. в состоянии им сопротивляться практически всегда;
  1. могу оказать сопротивление большей части компульсий;
  2. иногда я могу оказать им хорошее сопротивление;
  3. чаще всего я не могу сопротивляться им;
  4. не в состоянии сопротивляться компульсиям.
10. Степень контроля над компульсиями
0. компульсии полностью находятся под моим контролем;
  1. в большинстве случаев я контролирую их;
  2. иногда мне удается контролировать компульсии;
  3. могу контролировать их незначительно;
  4. мои компульсии неконтролируемы.

