

ОТЗЫВ

официального оппонента доктора медицинских наук, профессора Шевченко Юрия Степановича на диссертационную работу Дьяченко Антона Васильевича «Транссексуалоподобные состояния при шизотипическом расстройстве у подростков: статика, динамика, терапия», представленной к защите на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.17. - Психиатрия и наркология (медицинские науки).

Актуальность диссертационного исследования

Сочетание усиливающегося общественного тренда в сторону «антипсихиатрии» с постоянно меняющейся подростковой модой на психическую инаковость по отношению к взрослому поколению: самоповреждающее и суицидальное поведение; булимические и аноректические эпизоды; отрицание гендерно-половой дихотомичности (унисекс в одежде, манерах поведения, слэнге, жизненных планах); демонстрация психических отклонений, почерпанных из соответствующей литературы и сайтов («биполяровка», «деперсонализация», «третий пол, бисексуальность» и проч.); не всегда здоровое примыкание к стихийным субкультурам («квадроберы», «фурри», «терианами» – современные варианты агрессивных, депрессивных, рискованных и гедонистических направлений традиционной подростковой инициации), создает серьезные объективные и субъективные трудности для социальной, психологической и клинической оценки носителей этих девиаций.

В этом контексте проблема транссексуализма и сходных состояний последнее время во многих странах обретает макросоциальное звучание. Это предполагает герменевтический подход к её решению в связи с многополярностью, включающей и эволюционно-биологический (в т.ч. этологический), и социально-культуральный (включая юридический), и общемедицинский и собственно психиатрический аспекты. В рамках последнего можно выделить нозологическую, синдромальную, дифференциально-диагностическую, сравнительно-возрастную и терапевтическую составляющие.

В настоящее время растет обращаемость молодых людей с запросом на изменение пола, в том числе за счет лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Это происходит в условиях существенного расширения диагностических границ расстройств половой идентификации в международных классификациях болезней и снижения роли психиатра при определении показаний к изменению пола. Эта ситуация порождает потребность в совершенствовании законодательства, регламентирующего процедуру изменения пола в Российской Федерации, что возводит актуальность представленного исследования до общегосударственного уровня.

Цель исследования звучит как «совершенствование диагностической и лечебной помощи подросткам с транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве». В соответствии с этим четко сформулированы пять задач исследования, касающиеся клинико-психопатологических характеристик транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков, их динамики, предрасполагающих факторов формирования, дифференциальной диагностики с первичным транссексуализмом и, конечно же, терапевтических подходов. Успешное решение всего спектра выделенных вопросов автоматически превращает содержание исследования в базу для написания методических рекомендаций в которых крайне нуждаются отечественные специалисты.

Степень обоснованности и достоверности научных положений, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

В основную группу исследования 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). Две контрольные группы включали пациентов с шизотипическим расстройством без транссексуалоподобных состояний - 61 пациент (44 девушки, 17 юношей) в возрасте $17,1 \pm 1,27$ лет, с диагнозом «Шизотипическое расстройство» (F21) и лиц с ТС - 44 пациента (41 женщина, 3 мужчин) с установленным диагнозом «Трансексуализм» (F64.0). Возраст пациентов составил $30,6 \pm 6,9$ лет.

Такой не стандартный, «перекрестный», синдромально-нозологический подход и внушительная выборка пациентов обеспечивает не только достоверность полученных результатов, но и возможность выделения специфических и неспецифических факторов, участвующих в формировании клинической картины ТСПС, а также лучшего понимания самого шизотипического расстройства.

Обоснованность и достоверность научных положений, выводов и рекомендаций подкрепляется дополнением клинико-психопатологического метода исследования (достоинством которого является критическое сравнение данных субъективного и объективного анамнеза, что крайне важно, учитывая установочное поведение пациентов) целой батареей психологических тестов: шкала SOPS (Scale of Psychosis-Risk Symptoms), 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 лишней», «Пиктограммы», «Классификация», «Простые аналогии», «Сложные аналогии», шкала общего клинического впечатления (CGI), а также статистической обработкой полученных фактов с применением инструментария программы Statistica 10.

Научная новизна положений, выводов и рекомендаций

В результате исследования получены данные, составляющие несомненную научную новизну:

- 1) Расширено научное представление о клинических проявлениях транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков: сформулированы условия и мотивы обращения пациентов за психиатрической помощью; уточнена психопатологическая структура шизотипического расстройства у пациентов с трансролевыми переживаниями; выделены общие для лиц с транссексуалоподобными состояниями клинические проявления; исследованы причины полиморфлизма транссексуалоподобных состояний; выделены клинические варианты транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве и создана оригинальная классификация.

2) Впервые исследованы факторы предрасположения к формированию транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков: сформулирована сущность предрасположения к транссексуалоподобным состояниям; описаны и проанализированы факторы со стороны клинической, личностной, половой и социальной сфер.

3) Выделены клинико-динамические характеристики транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков – этап предрасположения, этап инициации, этап трансформации; дано описание психопатологического содержания транссексуалоподобных состояний на каждом этапе.

4) Дополнены сформулированные в более ранних отечественных работах критерии для разграничения «вторичных» расстройств половой идентификации у лиц с расстройствами шизофренического спектра и транссексуализма. В качестве параметров дифференциальной диагностики между транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве у подростков и транссексуализмом 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 транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков: впервые описаны особенности взаимодействия лиц с транссексуалоподобными состояниями 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 транссексуалоподобных состояний.

Ценность для науки и практики проведённой работы

Установление дифференциально-диагностических критериев, позволяющих разграничить транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у

подростков и специфический для транссексуализма вариант расстройства половой идентификации, несомненно, будет способствовать совершенствованию процедуры диагностики указанных состояний и повышению эффективности помощи больным шизотипическим расстройством.

Помимо практической ценности, работа представляет безусловный научный интерес. Так, доказанная возрастная предпочтительность «половой дисфории» и гендерной неопределенности указывает на важную, если не основную роль дизонтогенетических механизмов изучаемых расстройств. Их прообразы представлены в естественных модулях подростковой инициации, наряду с оппозиционным, суицидальным и самоповреждающим поведением, экзистенциальными исканиями, доклиническими и преходящими формами дисморфофобии-дисмомомании, метафизической интоксикации, расстройств пищевого поведения, депрессивно-деперсонализационных и иных координированных девиаций пубертата. Это предлагает по новому, с эволюционно-биологических позиций взглянуть на подзабытую, но никуда не ушедшую проблему «патологически протекающего пубертатного криза». В частности, из этологии известно, что лишение подростков возможности общаться друг с другом само по себе (без дополнительных вредностей) вызывает депрессию как у представителей *homo sapiens*, так и тинэйджеров шимпанзе. Тогда как ни у детей, ни у взрослых такой вид депривации к депрессии не приводит.

С другой стороны, фактология, наработанная автором диссертации, дает пищу и для социально-психиатрических раздумий. Взрывное заражения «трансгендерностью» напоминает аналогичную динамику «синдрома Вертера» и напрямую связано с активностью СМИ. Макроинформационное влияние, особенно в сочетании с дизонтогенетической предрасположенностью и/или продуктивно-негативными проявлениями болезненного процесса может рассматриваться как причинный, провоцирующий, преципитирующий или патопластический, а также, в идеале, и как саногенный фактор.

Сочетание отмеченных подходов в современной науке – путь к созданию «понимающей психопатологии».

Рекомендации по использованию результатов диссертационной работы

Результаты работы Дьяченко Антона Васильевича могут использоваться в работе амбулаторной и стационарной психиатрических служб и экспертных комиссий, а также в образовательном процессе по подготовке детско-подростковых и общих психиатров, клинических психологов, специалистов-сексологов.

Оценка содержания диссертации, её завершенность

Текст диссертации изложен на 313 страницах. Структура диссертации включает разделы: введение; обзор литературы; характеристика материалов и методов исследования; клиничко-психопатологическая характеристика транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков (статика); клиничко-динамическая характеристика транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков (динамика); результаты терапии подростков с транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве; 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.

Литературный обзор начинается с убедительного обоснования автором самого понятия «Транссексуалоподобные состояния» и причины отказа от уже существующих терминов («синдром отвергания пола», «половая дисфория»). Подчеркиваются три принципиальных момента. Во-первых, предлагаемый термин обозначает не отдельный синдром, а симптомокомплекс, т.е. феномен (явление), напоминающий истинный транссексуализм, не являющийся таковым, но складывающийся не всегда из одних и тех же симптомов (по аналогии с «неврозоподобными» и «психопатоподобными» состояниями). Во-вторых, понятие «транссексуалоподобные состояния» распространяется исключительно на «вторичные» (симптоматические) нарушения половой идентификации, тогда как первичный транссексуализм можно рассматривать как «синдром-болезнь» (наряду с первично-дизонтогенетическим заиканием, трихотилломанией или селективным

мутизмом). В-третьих, смысл «отвергания пола» (половой дисфории) при транссексуалоподобных состояниях заключается не в изначальном ощущении своего биологического несоответствия психологическому самоощущению, а в стремлении к отождествлению себя с транссексуалами или «трансгенедрами» в качестве социально-личностного самоопределения. Эмоциональные нарушения при этом связаны с проявлениями основного заболевания. Таким образом, «отвергание пола» (половая дисфория) при транссексуализма и при транссексуалоподобных состояниях имеют различный патогенез, что проявляется во внутренней картине болезни. Иными словами, при истинном транссексуализме и при транссексуалоподобных состояниях дизонтогенетическая и собственно психопатологическая симптоматика находятся в обратных причинно-следственных отношениях.

К несомненным достоинствам обзора литературы следует отнести обоснованную критику анозогнозических, по сути – популистских и антипсихиатрических нововведений в данную проблему, сделанных в МКБ-11, и четкое изложение собственной позиции, соответствующей взглядам большинства представителей отечественной психиатрии и, в частности, её ростовским представителям. Важность отстаивания клинического подхода в этом вопросе особенно важна для детско-подростковой психиатрии, наиболее страдающей от агрессивных псевдогуманистических влияний.

Это касается и понимания автором сущности «шизотипического расстройства», к которой, согласно традициям русскоязычной психиатрии относятся вялотекущая шизофрения, латентная шизофрения, латентная шизофреническая реакция, неврозоподобная (псевдоневротическая) шизофрения, психопатоподобная (псевдопсихопатическая) шизофрения, «бсдная симптомами» шизофрения, предпсихотическая шизофрения, продромальная шизофрения, пограничная шизофрения, шизотипическое личностное расстройство.

Безусловно, шизотипическое расстройство (вне зависимости от его процессуально-прогредиентной или конституционально-дизонтогенетической природы) по своей «расщепляющей» сути предопределяет аномальное протекание пубертатного криза включающего проявления дисгармонического инфантилизма и

асинхронии развития. Это обуславливает легкость возникновения трансролевых эмоционально-идеаторных построений со сверхценными и бредовыми идеями «изменения пола», возникающими в результате патоморфоза пубертатно-инициальных переживаний дисморфоманической и деперсонализационной тематики под влиянием конституциональных и социальных факторов.

Знакомство как с литобзором, так и с основной частью представленной рукописи, доставляет большое удовольствие, поскольку она ассоциируется с лучшими традициями отечественной психиатрической школы и в то же время служит примером намечающегося перехода от «называющей» к «понимающей» психопатологии. Так, согласно проведенному автором анализу сутью транссексуалоподобных состояний у пациентов с шизотипическим расстройством было сверхценное стремление к идентификации себя с «трансгендерами» как с социальной группой.

К факторам, определяющим неоднородность транссексуалоподобных состояний автор относит: 1) информационно-субъективный - субъективное представление пациентов о расстройствах половой идентификации и показаниях к изменению пола; 2) психопатологическую основу транссексуалоподобных состояний; 3) пол пациентов; 4) аффективный фон.

Хочется отметить обоснованность и полезность выбранных автором методов обследования, в частности опросников, которые не только статистически подтверждали результаты клинического интервью, но дополняли его. В частности, использование шкалы Y-BOCS, позволило установить наличие obsessивных расстройств, отрицавшихся пациентами во время беседы с врачом, отношение к которому у них нередко носило установочный характер. Это подтверждает вторичный характер половой дисфории по отношению к длительно испытываемому подростками с шизотипическим расстройством психическому дискомфорту.

На основании анализа факторов, обуславливающих разнообразие проявлений ТСПС при ШР у подростков автором сформулированы три подхода к классификации ТСПС: в зависимости от психопатологического содержания транссексуалоподобных переживаний; в зависимости от пола; в зависимости от аффективного фона

(астенический или дисфорический варианты депрессии). Вызывает сомнение в обоснованность включения пациентов с «метафизическим» и «гебоидным» вариантом транссексуалоподобных состояний в рамках шизотипического расстройства в одну группу, сравниваемую с «психастеноподобным» и «дисмофобическим» вариантами. Возможно, это сделано в результате малочисленности представителей гебоидофрении. Справедливости ради, следует отметить, что в последующем автор дает отдельное описание метафизического и гебоидного вариантов транссексуалоподобных состояний. Представляется дискуссионным название двух других психопатологических вариантов ТСПС. Поскольку речь идет не о нозологической или характерологической, а о собственно психопатологической модели, то «психастеноподобный» вариант транссексуалоподобных состояний было бы более правильно назвать «обсессивным», а «дисмофобический» - «дисморфоманическим» (что более точно соответствует сверхценно-паранойальному качеству фасадного симптомокомплекса). Впрочем, это вопрос чисто терминологический, поскольку, по существу, автор четко описывает качество каждого выделенного варианта изучаемых состояний в самых лучших традициях классической психопатологии.

Изучение динамики транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков позволило установить, что транссексуалоподобные состояния возникали у подростков, преморбидно не обнаруживавших нарушений половой идентификации, отклонений полоролевого поведения или гомосексуальности. Возникновение транссексуалоподобных состояний во всех случаях происходило по прошествии 2-3 лет после дебюта шизотипического расстройства. Автор выделяет три этапа формирования изучаемого феномена: 1) этап predisпозиции; 2) этап инициации; 3) этап трансформации, подробно их описывает и анализирует.

Выделенные автором специфические (характерные для основной группы обследованных) и неспецифические (присущие всем подросткам с шизотипическим расстройством) факторы предрасположения к транссексуалоподобным состояниям подтверждают мнение, высказанное в свое время В.В. Ковалевым, о том, что при

пограничных состояниях (не важно, какой природы) возраст играет важную (если не ведущую) роль в выборе психопатологической симптоматики и её содержательном насыщении. При этом, несомненно, что заикливание именно на этой фабуле подросткового криза зависит от конституциональных особенностей и социальных влияний, что и выделяется автором в качестве специфических факторов predisпозиции к ТСПС (сенситивный личностный радикал, нарушения полового воспитания, трансгендерный пример референтного окружения, подростковая мода, пропаганда LGBTQ в медиа-пространстве).

Думается, что поиск специфических факторов predisпозиции к транссексуалоподобным состояниям (или доказательство их отсутствия) должен быть продолжен. Впрочем, это задача для отдельного научного исследования, тогда, как сам почин в этом направлении – несомненная заслуга автора и его научного руководителя, поскольку ценность научного исследования заключается не только в ответе на поставленные вопросы, но и в формулировке новых.

Один из таких вопросов: что собой представляют проявления транссексуалоподобных состояний в структуре шизотипического расстройства – «симптомы ущерба» или «симптомы компенсации» (по Г.Е. Сухаревой)? Сам автор однозначно отвечает на этот вопрос – изучаемый им симптомокомплекс представляет собой изначально компенсаторный ответ на основное заболевание, поскольку реализация наследственной программы само по себе служит источником положительных эмоций, сопровождающих достижение гештальта (пусть даже ложного). Трансформация навязчивых переживаний в сверхценные представляется еще одним защитным механизмом, компенсирующим негативную симптоматику, в частности волсвой дсфект, прсвращающая «нсвротика» в «фанатика», «преследуемого» в «преследователя». Это сопровождается соответствующими интрапсихическими эффектами, вплоть до инверсии аффекта и гипоманиакального окрашивания феномена гордыни (аналогично тому, как это наблюдается при нервной анорексии, когда дисмофофобическая симптоматика сменяется дисморфоманической). Кристаллизовав «цель» можно искать «винтовку», чтобы «смело шагая в ногу с товарищами» «духом окрепнуть в борьбе». Вдохновляющий

эффект отставания найденной цели (гендерной трансформации) подкрепляется тем, что данная свехценно-паранойяльная идея прямо или косвенно реализует большинство основных модулей инстинктивной инициации (Шевченко Ю.С., 2018). Она канализируется облигатными подростковыми реакциями (по А.Е. Личко) и фиктивно решает диалектические проблемы психического онтогенеза, встающие перед личностью, переходящую с аффективного на эмоционально-идеаторный уровень нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву).

Спорным видится обоснованность подразделения третьего этапа становления транссексуалоподобных состояний на две стадии, поскольку вторая – «манифестация» характеризует динамику болезни, которая не обязательно совпадает с динамикой синдрома. Тем более синдрома продуктивно-дизонтогенетического, тогда как шизотипическое расстройство имеет эндогенно-процессуальную природу и свои динамические закономерности. В то же время, предположение о наличии четвертого этапа динамики ТСПС – «этапа регресса» вполне логично и в теоретическом плане и в эмпирическом смысле. 20-25 лет – возраст окончательного созревания лобной коры и наступления онтогенетической «взрослости», что предполагает дезактуализацию и биологических механизмов пубертатного эндогенного приступа и психологических возрастных проблем.

Выделенные автором на основе имеющихся данных и собственного исследования дифференциально-диагностические признаки отграничения истинного (первично-дизонтогенетического) транссексуализма от транссексуалоподобных состояний (вторично-дизонтогенетического образования в рамках шизотипического расстройства) достойны дословного цитирования в научно-образовательной и методической литературе.

Это же можно сказать и о главе, посвященной лечению. Хотя этот аспект проблемы далек от окончательного закрытия, автор вполне справился с поставленной задачей и сформулировал ряд принципиальных положений, которые следует учитывать в практической работе с этим специфическим контингентом пациентов. Наличие трех видов конфликтов, «запрограммированных» самой патологией: пациент – родители; пациент – терапевт; терапевт – окружение пациента

предполагает оптимальную позицию специалиста, которая определена как «нейтралитет» в отношении полоролевого поведения пациента, его внешнего вида и социального позиционирования с отказом от попыток их коррекции посредством убеждения или суггестивных воздействий. Предлагается сочетание антипсихотических препаратов, психообразование и психотерапия.

Обращает внимание, что при отсутствии прямого воздействия на сам дизонтогенетический симптомокомплекс восстановление нормативной половой идентификации наблюдалось в 23,6% (10 пациентов). Минимальный положительный ответ на терапию продемонстрировали 38,1% (16 пациентов). Причины недостаточного терапевтического эффекта автор связывает с затяжным и фармакорезистентным характером основного заболевания, что подтверждается сопоставимым эффектом лечения в основной и контрольной группах, а также данными научной литературы.

Выводы и практические рекомендации отражают ответы на вопросы, поставленные в задачах исследования. Следует отметить логичность и последовательность изложения, а также прекрасный литературный стиль написания текста, высокое качество представленных клинических иллюстраций.

По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 9 в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК, 5 в научных журналах, входящих в международную реферативную базу данных систем цитирования.

Оценка автореферата

В автореферате отражено основное содержание диссертации, выводы и практические рекомендации.

Замечания

Принципиальных замечаний нет. Несколько досадно по поводу большого количества опечаток (возможно, обусловленных электронной версией диссертации). Высказанные оппонентом комментарии носят исключительно дискуссионный

характер и свидетельствуют в пользу работы, которая не только содержит крайне важные факты, но и будит мысль.

Заключение

Диссертация Дьяченко Антона Васильевича «Транссексуалоподобные состояния при шизотипическом расстройстве у подростков: статика, динамика, терапия», является самостоятельной законченной научно-квалификационной работой, в которой решены задачи изучения клинико-психопатологические характеристики транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков, их динамики, дифференциальной диагностики с истинным транссексуализмом, разработки принципов терапии, что имеет большое значение для практического здравоохранения и научной психиатрии.

Работа Дьяченко А.В. полностью соответствует критериям п. 9 и 10 «Положения о порядке присуждения ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24 сентября 2013 г. № 842 (в действующей редакции от 25.01.2024 года №62), и всем действующим требованиям ВАК, предъявляемым к диссертационным работам на соискание ученой степени, а ее автор заслуживает присуждения искомой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология.

Профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, доктор медицинских наук (специальность 3.1.17. Психиатрия и наркология), профессор


Ю.С. Шевченко

Подпись доктора медицинских наук, профессора Ю.С. Шевченко УДОСТОВЕРЯЮ:

Ученый секретарь
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор


Т.А. Чеботарева

«24» октября 2024 года

Адрес: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1
Тел. +7(916)517-14-71 e-mail europsy@mail.ru