

На правах рукописи

Дьяченко Антон Васильевич

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

Специальность: 3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Ростов-на-Дону

2024

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, Солдаткин Виктор Александрович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, Введенский Георгий Евгеньевич – психиатр, психотерапевт, сексолог ООО «Московский городской психоэндокринологический центр».

доктор медицинских наук, Шевченко Юрий Степанович – профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», г. Москва.

Защита диссертации состоится «__» _____ 2024 г. в _____ на заседании диссертационного совета 21.1.020.01. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте организации: <https://serbsky.ru/>

Автореферат разослан «__» _____ 2024 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

М.В. Гиленко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Первые клинические описания шизофрении, протекающей с нарушением половой идентификации, были представлены в работах французских, немецких и австрийских психиатров во второй половине XIX века (Крафт-Эбинг Р., 2013). Изначально относимый к редким, казуальным вариантам психоза, данный феномен приобрел особое значение в 1950-1980-х гг., в период широкого изучения транссексуализма (ТС), легализации и повсеместного внедрения методов коррекции пола. На необходимость разграничения врожденной и стойкой инверсии половой идентификации, наблюдаемой при ТС, и бредовых идей впервые указал Н. Benjamin (1966). Этот постулат был поддержан медицинским сообществом и в той или иной степени учитывался во всех системах диагностики полоролевых нарушений, включая DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, МКБ-9 и МКБ-10. С внедрением МКБ-11 и DSM-V произошло кардинальное изменение медико-социальной парадигмы в отношении расстройств половой идентификации (Reed G.M. et al., 2016). Данные состояния были не только исключены из перечня психиатрических диагнозов, но и лишены указания на необходимость проведения соответствующей дифференциальной диагностики. Сложившееся положение, по мнению ряда исследователей, создает угрозу существенного повышения числа ошибок при определении показаний к изменению пола (Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., 2017; Кибрик Н.Д. и соавт., 2017). Эти опасения подкрепляют описания новых, отличных от классических примеров Р. Крафт-Эбинга, случаев полоролевых нарушений у больных расстройствами шизофренического спектра. Речь идет о «вторичных» трансролевых переживаниях, возникающих у пациентов с шизотипическим расстройством (Bogras L. et al., 2007; Кулиш С.Б., 2009; Введенский Г.Е., Матевосян С.Н., 2012). Ввиду критического значения пубертатного периода в отношении как дебюта ШПР, так и 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 подростков (Skordis N. et al., 2018) и частого выявления у данной категории пациентов разнообразной психопатологии (Fuss J. et al., 2015; Littman L., 2017).

Федеральный закон от 24.07.2023 N 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 ТС. Данное обстоятельство диктует необходимость дальнейшего изучения дифференциально-диагностических границ между ТС и клинически сходными «вторичными» расстройствами половой идентификации с целью совершенствования законодательства и методов оказания медицинской помощи в этой сфере.

Степень разработанности темы исследования. Результаты изучения «вторичных» нарушений половой идентификации при расстройствах шизофренического спектра были представлены в публикациях ряда российских психиатров – С.Н. Матевосяна, Г.Е. Введенского (2008-2012), С.Б. Кулиш (2009), Г.А. Поповой (2020), Е.А. Старостиной, М.И. Ягубова (2021-2022). Однако работы, сосредоточенные на подростках с ШПР, отсутствуют как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе.

Цель исследования: совершенствование диагностической и лечебной помощи подросткам с транссексуалоподобными состояниями при шизотипическом расстройстве.

В соответствии с указанной целью были поставлены следующие **задачи:**

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 predispositions 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 predispositions, 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. Описание клинико-феноменологических и клинико-динамических характеристик ТСПС при ШР у подростков будут способствовать совершенствованию процедуры диагностики указанных состояний и повышению эффективности помощи больным ШР, протекающим с ТСПС.

Материалы и методы исследования. 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 группу были включены 44 медицинские карты пациентов (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.

В соответствии с целями и задачами исследования, в работе использовались клинико-психопатологический, патопсихологический (опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой), шкала деперсонализации (Ю.Л. Нуллер, 1988), шкалы SOPS, HADS, Y-BOCS, опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой), методики «4-й лишней», «Пиктограммы», «Классификация», «Простые аналогии», «Сложные аналогии», CGI) и статистический (критерий χ^2 -Пирсона, двусторонний критерий Фишера, критерий Манна Уитни, ранговый коэффициент корреляции Спирмена, коэффициент ϕ , коэффициент Крамера) методы исследования.

Критерии включения. Включение пациентов в группу А осуществлялось на основании следующих критериев: 1) переживаемое пациентами чувство несоответствия своему полу, отвержение признаков пола и/или стремление к перемене пола (социального статуса, внешнего облика); 2) установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз «Шизотипическое расстройство» (F21); 3) возраст 14-19 лет на момент обращения; 4) наличие объективных анамнестических данных. Критерии включения в группу В: 1) установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз «Шизотипическое расстройство» (F21); 2) возраст 14-19 лет на момент обращения; 3) наличие объективных анамнестических данных. Критерии включения в группу С: 1) установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз «Транссексуализм» (F64.0); 2) наличие объективных анамнестических сведений; 3) наличие медицинской документации с описанием значимых для исследования параметров, относящихся к подростковому возрасту.

Критерии исключения. Критерии исключения для группы А были следующие: 1) наличие других психических расстройств (в т.ч. «Транссексуализм» (F64.0), «Фетишистский трансвестизм» (F65.1)); 2) наличие активно протекающих сопутствующих соматических и неврологических заболеваний. Критерии исключения для группы В: 1) переживаемое пациентами чувство несоответствия своему полу, отвержение признаков пола и/или стремление к перемене пола (социального статуса, внешнего облика); 2) наличие активно протекающих сопутствующих соматических и неврологических заболеваний. Критерии исключения для группы С: 1) наличие сопутствующей психиатрической патологии, соответствующей критериям рубрики «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F2) МКБ-10; 2) наличие активно протекающих сопутствующих соматических и неврологических заболеваний.

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.

Достоверность научных положений и выводов подтверждена достаточными объемами выборки и мощности исследования, рассчитанными по формуле Н.А. Плохинского, (1970) и формуле R. Lehr (1992) соответственно, а также использованием актуальных методов исследования, соответствующих поставленным в работе цели и задачам. Научные положения, выводы и рекомендации, сформулированные в научно-квалификационной работе, подкреплены фактическими данными, наглядно представленными в таблицах и рисунках. Подготовка, статистический анализ и интерпретация полученных результатов проведены с использованием современных методов обработки информации и статистического анализа.

Основные положения диссертации были представлены 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 Всероссийская межвузовская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье: современные тенденции и перспективы» (Москва, 2021), Российская научная конференция «Психиатрия – проза и поэзия» (Ростов-на-Дону, 2021), XV Школа молодых психиатров (Суздаль, 2021), 8 итоговая научная сессия молодых ученых, проводимая в рамках XI Всероссийской научно-практической конференции «Непрерывное образование в России: состояние и перспективы» (Ростов-на-Дону, 2021), Российская научная конференция «МКБ-11: гимн или реквием психиатрии?» (Ростов-на-Дону, 2022), 9 итоговая научная сессия молодых ученых, проводимая в рамках XI Всероссийской научно-практической конференции «Непрерывное образование в России: состояние и перспективы» (Ростов-на-Дону, 2022).

Результаты исследования применяются в лечебно-диагностической работе ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» (г. Ростов-на-Дону), ГУЗ «Психоневрологический диспансер Ростовской области», в образовательном процессе кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно был разработан дизайн исследования, осуществлен подбор психологических методик, выполнено клинко-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.

Апробация диссертации. Диссертация была апробирована на заседании кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (протокол заседания №33 от 04.10.2023), заседании проблемной комиссии ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ (протокол заседания №28 от 18.10.2023), 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 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; клинко-психопатологическая характеристика ТСПС при ШР у подростков (статика); клинко-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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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; 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 «трансгендерами». Выявляемые же у этих пациентов эмоциональные нарушения обусловлены другими факторами – связанными с проявлениями основного заболевания.

Клинико-психопатологическая характеристика ТСПС (статика). 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). 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 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; Цуцульковская М.Я., 1999 (1)).

Клиническая картина ШР у подростков из групп А и В, характеризующаяся сверхценными образованиями, атипичными и полиморфными аффективными расстройствами, патологически измененными пубертатными кризовыми проявлениями,

неврозоподобными и психопатоподобными нарушениями, патологией влечений и отрывочными психотическими феноменами, была идентична и соответствовала описанию юношеской шизофрении, протекающей в виде затяжного атипичного пубертатного приступа (гебоидной шизофрении, гебоидофрении) (Цуцельковская М.Я., 1999). Такая однородность исследуемой выборки может быть объяснена специфическим для этой формы эндогенного заболевания возрастом обращения за медицинской помощью. Согласно имеющемуся описанию 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).

Тестирование по шкале SOPS позволило подтвердить единообразие клинической картины ШР в группах А и В. Кроме того, психометрически были установлены следующие данные: 1) неспецифичность влияния деперсонализации на возникновение ТСПС; 2) клинически значимый уровень тревожной и депрессивной симптоматики в обеих группах; 3) наличие актуальной обсессивной симптоматики в обеих группах; 4) наличие у пациентов с ТСПС личностных механизмов, препятствующих совершению суицида. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты психометрического исследования подростков с шизотипическим расстройством

		A M±SD	B M±SD	p
SOPS		39,9±12,2	40±11,8	0,685
Шкала Y-BOCS		24,87±6,5	23,67±6,8	0,239
Шкала деперсонализации		8,65±4,3	9,8±3,5	0,019*
HADS (D)		12,55±4,6	16,21±3,4	0,001*
HADS (A)		11,3±4,2	12,2±3,3	0,163
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 $p \leq 0,05$ согласно критерию χ^2

Клинические проявления ТСПС у подростков с ШР были полиморфны. Общие черты 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. Разнообразие проявлений ТСПС было обусловлено следующими факторами: психопатологическим содержанием трансролевых переживаний, полом пациентов, аффективным фоном, субъективным представлением пациентов о РПИ.

В зависимости от психопатологического содержания представляется возможным выделить 3 клинических варианта ТСПС:

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

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

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

Корреляции представлены в таблице 2.

Таблица 2. Клинические варианты транссексуалоподобных состояний у подростков с шизотипическим расстройством в зависимости от психопатологической основы

		I тип <i>n</i> (%)	II тип <i>n</i> (%)	III тип <i>n</i> (%)	<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 $p \leq 0,05$ согласно критерию χ^2

Пациенты с ТСПС I типа 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 имели как эгодистоничный, так и эгосинтоничный характер, возникали непроизвольно, усиливаясь и ослабевая на фоне колебаний выраженности аффекта. При этом пациенты сохраняли частичную критику к трансролевым переживаниям, не скрывали сомнений в своих суждениях и демонстрировали доступность для контраргументации.

Преображение внешности и поведения у подростков с ТСПС II типа сопровождалось обретением «нового» мировоззрения и возникновением доминирующего в сознании, ярко окрашенного аффектом стремления к соответствию имеющемуся у них представлению о трансгендерах или транссексуалах, идеями отношения и толкования, постепенным вытеснением прочих интересов. В разговорах с окружающими они транслировали полученную из общедоступных источников информацию о «трансгендерности», не подвергая её критическому анализу.

Пациенты с ТСПС III типа, позиционируя себя в качестве трансгендеров и заявляя о желании изменить свой пол, стремились преимущественно или исключительно к трансформации телесных половых признаков.

Для *юношей* с ТСПС при ШР были характерны: сравнительная меньшая распространенность; несогласованность выражаемой половой идентификации, внешнего вида, полоролевого и сексуального поведения, планов на половую трансформацию; относительно невыраженное отклонение от полоролевых стереотипов во внешнем виде и поведении; большая подверженность эгодистоничным гомосексуальным фантазиям; относительно высокая значимость сексуальных переживаний; относительно низкая склонность к агрессивному поведению; относительно менее выражена социальная дезадаптация.

Возникновение ТСПС у *девушек* с ШР наблюдалось чаще. Для девушек были характерны более высокая степень полоролевой мимикрии, более выраженные отклонения от полоролевых стереотипов во внешнем виде и в поведении, относительно выраженная социальная дезадаптация. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3. 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 χ^2

Фон настроения у пациентов с ТСПС при ШР был представлен нестойкими аффективными образованиями. У 40% ($n=24$) участников преобладали затяжные анестетические депрессивные состояния с явным астеническим компонентом. У 60% ($n=36$) анестетические депрессии имели дисфорический оттенок.

Для лиц с *астенической депрессией* были характерны: относительная согласованность выражаемой половой идентификации, внешнего вида, полоролевого и сексуального поведения, планов на половую трансформацию; отсутствие субпсихотической симптоматики; отсутствие выраженных ауто- и гетероагрессивных влечений; упорядоченное поведение.

Пациенты с *дисфорической депрессией* имели следующие особенности: рассогласованность выражаемой половой идентификации, внешнего вида, полоролевого и сексуального поведения, планов на половую трансформацию; возможность выявления расстройств влечений; склонность к аутоагрессии и аддиктивному поведению; возможность выявления субпсихотической симптоматики; настороженность, замкнутость, грубость, оппозиционность.

Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4. Особенности проявлений ТСПС у пациентов с различным аффективным фоном

Клинические параметры		Астеническая депрессия <i>n</i> (%)	Дисфорическая депрессия <i>n</i> (%)	<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	16 (66,7)	2 (5,6)	

	стереотипам			
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*
Субпсихотическая симптоматика		0 (0)	25 (41,7)	0,0001*

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

О регулярном потреблении информации, посвященной «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. В процессе психообразовательной беседы или при указании на противоречия в излагаемых жалобах и анамнестических данных пациенты выражали удивление, сообщая, что «читали другое».

Клинико-динамическая характеристика ТСПС (динамика). Преморбидно у пациентов из группы А отсутствовали признаки расстройства половой идентификации (РПИ). Данные представлены в таблице 5.

Таблица 5. Сравнение параметров полоролевого поведения у пациентов из группы А (в преморбиде) и в группе С

Параметры, описывающие идентификацию и полоролевое поведение		Группа А (преморбид) n (%)	Группа С n (%)	p
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	0 (0)	13,6 (6)	

	необходимости говорит о себе соответственно полу			
	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 посторонних, но в присутствии близких – инверсно	0 (0)	30 (68,2)	
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)	
Отвержение гениталий	Да	0 (0)	34 (77,3)	0,001*

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

Возраст дебюта ШР в группе А ($12,5 \pm 0,74$ лет) совпадал с возрастом вступления в пубертат ($12,4 \pm 0,69$ года) ($p=1$). 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 невротоподобных расстройств и было подвержено медленной прогрессии.

Суицидальные идеи встречались у подростков 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 ДИ 95% [1,28;13,5]).

С целью временной компенсации психосоциального дистресса 93,3% ($n=56$) участников группы А прибегали к различным видам виртуальной активности, 18,3% ($n=11$) – к алкоголизации, 6,7% ($n=4$) – к употреблению наркотических веществ, 53,3% ($n=32$) – к несуйцидальному самоповреждающему поведению. 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% ($n=21$) – расстройства пищевого поведения в виде чередования периодов компульсивного переедания и голодания ($p<0,0001$), 68,9% ($n=42$) ($p=0,017$) – самоповреждающее поведение.

Реализуя реакции группирования, пациенты из группы А реже вступали в делинквентные компании (16,7%, $n=10$) ($p=0,016$), предпочитая общение в «безопасной» среде – в виртуальном пространстве (93,3%, $n=56$) ($p=0,004$), в обществе сверстников противоположного пола (56,7%, $n=34$) ($p=0,057$). При этом реакции группирования сопровождалась у них ярко выраженным подражательным поведением (реакциями имитации) (71,7%, $n=43$). В группе В группирование в делинквентных компаниях (36,1%, $n=22$) было в 4,2 раза более вероятно, чем в группе А ($p=0,016$) (ОШ=4,27 ДИ 95% [1,65;10,9]), в виртуальном пространстве общались 73,7% ($n=45$) ($p=0,004$), среди лиц противоположного пола - 39,3% ($n=24$) ($p=0,057$). Склонность к подражанию у участников группы В наблюдалась реже, чем в группе А - в 44,2% ($n=27$) случаев ($p=0,037$).

Изучение клинко-динамических характеристик основной группы позволило установить, что возникновение ТСПС во всех случаях происходило по прошествии 2-3 лет после дебюта ШР. Представляется возможным выделить три этапа формирования данного феномена: 1) этап predispositions; 2) этап инициации; 3) этап трансформации.

С целью описания *этапа predispositions* были ретроспективно выявлены и проанализированы различия социально-демографических, преморбидных и клинко-динамических параметров в группе А в период до возникновения у пациентов трансролевых переживаний и в группе В. Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6. Различия социально-демографических, преморбидных и клинко-динамических параметров в группе А в период до ТСПС и в группе В

		Группа А	Группа В	<i>p</i>
Возраст дебюта ШР, М±SD		12,5±0,74	13±0,93	0,0005*
Сенесто-ипохондрические переживания, фабула которых была связана с признаками пола, <i>n</i> (%)		7 (11,7)	0 (0)	0,01*
Тип акцентуации характера (по А.Е. Личко), <i>n</i> (%)	Сенситивный	18 (30)	5 (8,2)	0,01*
	Шизоидный	0 (0)	4 (6,6)	
	Эпилептоидный	0 (0)	1 (1,6)	
	Истероидный	0 (0)	21 (34,4)	
	Психастенический	1 (1,7)	0 (0)	
	Сенситивно-шизоидный	7 (11,6)	0 (0)	
	Синситивно-истероидный	34 (56,7)	22 (36,1)	
	Истеро-эпилептоидный	0 (0)	5 (8,2)	
	Шизо-эпилептоидный	0 (0)	3 (4,9)	
Дисгармония полового воспитания в семье, <i>n</i> (%)		6 (10)	0 (0)	0,01*
Насмешки и упреки в семье, затрагивающие полоролевою сферу, <i>n</i> (%)		12 (20)	0 (0)	0,001*
Насмешки, затрагивающие полоролевою сферу, в коллективе сверстников, <i>n</i> (%)		15 (25)	1 (1,6)	0,001*
Появление в окружении лиц, позиционирующих себя в качестве трансгендеров, <i>n</i> (%)		8 (21,7)	0 (0)	

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

Обобщая эти данные, приведенное описание клинической картины дебюта ШР и литературные сведения (Littman L., 2017; Marchiano L., 2017; Shrier A., 2020; Добряков И.В., Фесенко Ю.А., 2022), возможно составить следующее представление о predispositions к ТСПС у подростков с ШР. Предрасположение 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. Оно включало специфические и неспецифические факторы со стороны клинической, половой,

личностной и социальной сфер. К специфическим были отнесены условия, действующие исключительно или преимущественно в группе А. В качестве неспецифических были обозначены факторы, выявляемые у пациентов с ШР независимо от наличия ТСПС, или возникающие вторично по отношению к специфическим условиям.

Факторы predisпозиции к ТСПС у подростков с ШР представлены в таблице 7.

Таблица 7. Предиспозиция к формированию транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков

Элемент предиспозиции	Факторы предиспозиции	
	Специфические	Неспецифические
<i>Клиническая предиспозиция</i>	–	– аффективные расстройства; – деперсонализация; – навязчивые мысли; – дисморфофобия; – сверхценные образования (бредоподобные фантазии/явления «метафизической интоксикации»/ патологически измененные пубертатные реакции имитации и группирования); – структурные нарушения мышления
<i>Личностная предиспозиция</i>	– сенситивный личностный радикал	–
<i>Половая предиспозиция</i>	–	– женский пол
<i>Социальная предиспозиция</i>	– 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	– насмешки, затрагивающие полоролевою сферу, в коллективе сверстников – повышение доступности высокоэффективных средств потребления и передачи информации

Этап инициации дебютировал с получением подростками опыта компенсации аффективных и неврозоподобных нарушений в процессе случайного потребления информации о «трансгендерности», изменении пола и т.п. (14±1,06 года). С целью поддержания этого эффекта пациенты начинали активно потреблять эту информацию и затем – группироваться в соответствующих сообществах, перенимая культурные предпочтения, политические взгляды, внешнюю атрибутику, специфический жаргон членов сообщества. Привлекательными для подростков из группы А чертами «трансгендерных сообществ» были демонстративные миролюбивость как неотъемлемый элемент внутригрупповой коммуникативной культуры, провозглашаемая ориентация на

идеи свободы и всеобщего равенства, противопоставление себя «репрессивному» общественному укладу, стремление к консолидации с целью совместного противостояния враждебной социальной среде. Кроме того, в статьях и лекциях активистов пациенты обнаруживали сообщения о положительном опыте преодоления депрессии, суицидальных мыслей, недовольства собой и социальной изоляции посредством принятия себя в качестве «трансгедера». Вокруг усилившейся потребности в группировании и тождественности у пациентов происходила консолидация разрозненных полоролевых переживаний. Мысли о собственной «трансгендерности» первоначально имели контрастный окрас. По этой причине пациенты предпринимали попытки прекратить просмотр контента, однако неизменно возвращались к нему в связи с актуализацией навязчивых дисморфофобических и аутоагрессивных мыслей.

На *этапе трансформации* (15,4±0,99 лет) происходило изменение облика и поведения пациентов согласно их представлению о «трансгендерах». Данные представлены в таблице 8.

Таблица 8. Изменение идентификации и полоролевого поведения на этапе трансформации

Характеристики полоролевого поведения		Группа А n (%)		p
		Этап предиспозиции	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)	
	Избегание родовых окончаний, но при необходимости говорит о себе соответственно полу	7 (11,7)	27 (45)	
	Избегание 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)	

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

По сравнению с этапом predisposition 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; увеличивалось количество подростков, у которых наблюдались нарушения полоролевых стереотипов в одежде. Число лиц, заявляющих о своей гомосексуальности, в группе А повысилось в 5 раз. Стремление к изменению пола пациенты начинали выражать также начинали только после инициации.

Клиническая картина трансформации была неоднородна и подвержена стадийному изменению. На *первой стадии*, следующей непосредственно за инициацией, кроме изменения идентификации и полоролевого поведения, происходила перестройка механизмов совладания. В 2 раза снизилось число лиц, прибегающих к аддиктивному поведению. По сравнению с периодом predisposition 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 predisposition, существенно сокращалась частота нанесения повреждений ($p=0,035$). Также, в 4,6 раза реже регистрировались суицидальные идеи. После инициации 70% ($n=42$) подростков начинали трактовать недовольство внешностью как неприязнь к признакам пола. Аутопсихическая деперсонализация во внутренней картине болезни у 73,3% ($n=44$) пациентов приобретала значение расстройства половой идентификации. Наличие актуальных контрастных навязчивых мыслей подтвердили лишь 3,3% ($n=2$) подростков с ТСПС ($p=0,001$), однако 55% ($n=33$) из них демонстрировали актуализацию obsessions в ответ на ограничение возможности «трансгендерного» позиционирования.

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.

Результаты исследования пациентов из группы С подтвердили, что ТС представляет собой 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.

1) *Возраст возникновения расстройства половой идентификации*. В отличие от лиц с ТС, у которых трансролевые переживания ярко проявляли себя с детского возраста ($5,3 \pm 2,3$ лет) в высказываниях, поведении и особенностях социализации, пациенты с ТСПС начинали позиционировать себя вне своего пола по прошествии 2-3 лет, после начала пубертата ($15,4 \pm 0,99$ года).

2) *Происхождение и характер сопутствующей психопатологии*. Частота выявления психических расстройств у пациентов с ТСПС была существенно выше, чем у лиц с ТС. Кроме того, психопатологические нарушения в группе А были представлены широким спектром расстройств, возникающих аутохтонно и первично по отношению к трансролевым. Для лиц с ТС были характерны депрессивные расстройства, имеющие очевидную связь со специфическими внутриличностными и межперсональными конфликтами.

3) *Качественные характеристики расстройства половой идентификации.* Пациенты с ТСПС при ШР идентифицировали себя разнообразно, чем существенно отличались от лиц с ТС, которые позиционировали себя исключительно инверсно по отношению к полу (см. табл. 9)

Таблица 9. Половая идентификация подростков с шизотипическим расстройством и при транссексуализме

Клинические параметры		Группа А, n (%)	Группа С, n (%)	p
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)	

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

Приводимые участниками группы А описания трансролевых переживаний и мотивы к изменению пола были поверхностны, лишены индивидуальных деталей и в большинстве случаев носили декларативный характер. Описательному изложению они предпочитали использование обозначений, терминов, околонучной лексики. При более или менее детальном исследовании жалоб и анамнеза предоставляемые пациентами сведения обнаруживали противоречия, к которым сами они, впрочем, оставались не критичны.

Кроме того, в отличие от пациентов с ТС, подростки с ТСПС обнаруживали явные трудности при описании расстройства половой идентификации, давали противоречивые анамнестические сведения и уклонялись от развернутых ответов на уточняющие вопросы.

4) *Качественные характеристики полоролевой социализации.* Испытывая чувство несоответствия между самоощущением и социальными предписаниями, лица с ТС (100%, n=44) 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 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, либо группировались с однополыми сверстниками. Притом по данному показателю пациенты из группы А были схожи с участниками группы В (39,3%, n=24) ($p=0,057$). Данные представлены в таблице 10.

Таблица 10. Особенности социализации у пациентов с ТСПС при ШР и ТС

Клинические параметры		Группа А, n (%)	Группа С, n (%)	p
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	Да	0 (0)	44 (100)	0,0001*

деятельности, характерным для противоположного пола	Отдельные элементы или сомнительно	6 (10%)	0 (0)	
---	------------------------------------	---------	-------	--

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

5) *Качественные характеристики сексуального влечения и поведения.* Ощущая себя представителями противоположного пола, все пациенты с ТС на всех этапах психосексуального развития демонстрировали гомосексуальную ориентацию. Испытывая недовольство наличием половых признаков, они не практиковали мастурбацию и генитальные сексуальные контакты.

У пациентов с ТСПС в большинстве случаев интерес к сексу отсутствовал. 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. Данные представлены в таблице 11.

Таблица 11. Сексуальное влечение и поведение у пациентов с ТСПС при ШР и лиц с ТС

Клинические параметры		Группа А, n (%)	Группа С, n (%)	p
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)	
Отвержение гениталий		25 (41,7)	44 (100)	<0,001*
Мастурбация		41 (68,3)	0 (0)	<0,001
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)	

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

6) *Объективизация анамнестических сведений.* Субъективные анамнестические данные в группе С соответствовали объективным. Так, согласно воспоминаниям лиц с ТС, ощущение несоответствия своему полу они отмечали с $6,3 \pm 2,4$ лет, по описанию их родителей, явные нарушения полоролевого поведения отмечались с $5,3 \pm 2,3$ лет. Также анамнестические данные полностью подтверждались материальными свидетельствами. На момент обращения к психиатру 59,1% ($n=26$) родителей пациентов поддерживали их стремление к перемене пола. Категоричное непринятие этого выразили только 6,8% ($n=3$).

Предоставляемые подростками с ТСПС сведения о наличии у них расстройства идентификации с детского возраста и его проявлениях в большинстве случаев (81,7%, $n=49$) резко противоречили как объективному анамнезу, так и материальным свидетельствам. Такое несоответствие выявлялось у 36,7% ($n=22$) пациентов на первичной консультации и у 45% ($n=27$) – на протяжении всего периода обследования. 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.

Терапия ТСПС. 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.

Продолжительность наблюдения на этапе лечения составляла $12,6 \pm 6,1$ месяцев в группе А и $16,73 \pm 8,9$ месяцев в группе В. 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. Особенностью терапии пациентов из группы А была необходимость разрешения ряда специфических 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).

Для пациентов из групп А и В была характерна резистентность к фармакотерапии. Однако в процессе длительной терапии в обеих группах наблюдалась существенная редукция психопатологических проявлений.

Результаты оценки общего клинического впечатления по шкале CGI представлены в таблице 12.

Таблица 12. Результаты оценки общего клинического впечатления по шкале CGI

		Группа А	Группа В	<i>p</i>
CGI-S	M±SD	3,4±1,3	3,54±1,3	0,663
	Me [Q ₁ ;Q ₃]	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 ₁ ;Q ₃]	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

Результаты сравнительной оценки симптомов ШПР по шкале SOPS у пациентов с ТСПС до и после проведения курса терапии подтвердили редукцию симптомов ШПР в Группе А. Повторное тестирование пациентов из группы В не проводилось. Данные представлены в таблице 13.

Таблица 13. Динамика показателей по шкале SOPS у пациентов из группы А

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

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

Сопоставление оценки тяжести болезни по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А представлены в таблице 14.

Таблица 14. 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 ₁ ;Q ₃]	0
		Min-Max	0
(2)	Легкая (пограничная) выраженность	M±SD	2,29±0,9

	расстройства	Me [Q ₁ ;Q ₃]	2 [2;2,5]
		Min-Max	1-4
(3)	Средняя выраженность	M±SD	8±1
		Me [Q ₁ ;Q ₃]	8 [7;8]
		Min-Max	7-10
(4)	Умеренная выраженность	M±SD	10,1±1,5
		Me [Q ₁ ;Q ₃]	10 [9;10]
		Min-Max	9-14
(5)	Выраженная степень расстройства	M±SD	15,6±2,3
		Me [Q ₁ ;Q ₃]	15 [14;17]
		Min-Max	13-20

Сопоставление оценки динамики психического состояния в процессе лечения по шкале CGI и результатов тестирования по шкале SOPS в группе А представлены в таблице 15.

Таблица 15. 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 ₁ ;Q ₃]	2 [1,5;6,5]
		Min-Max	0-10
(2)	Заметно улучшилось	M±SD	9,17±1,9
		Me [Q ₁ ;Q ₃]	9 [8;10]
		Min-Max	7-14
(3)	Слегка улучшилось	M±SD	15,6±2,3
		Me [Q ₁ ;Q ₃]	15 [14;17]
		Min-Max	13-20

Результаты сопоставление результатов итогового тестирования по шкале SOPS с клиническими данными о полоролевом позиционировании представлены в таблице 16.

Таблица 16. 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 ₁ ;Q ₃]	Min-Max	
1	Нормативная	1,83±2,8	1 [0;2]	0-10	p ₁₂ =0,013** p ₁₃ =0,002** p ₁₄ =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

Как видно, наименьшие значения по шкале SOPS демонстрировали подростки, у которых в процессе лечения произошло восстановление нормативной половой идентификации.

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 в отношении ТСПС стремления к перемене пола продемонстрировали 38,1% (n=16) пациентов. У них также наблюдалось послабление психопатологической симптоматики при сохранении выраженной нестабильности состояния с аффективными колебаниями, частой аутохтонной актуализацией неврозоподобных нарушений, расстройств влечений и психотических феноменов. 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 (Цуцельковская М.Я., 1999).

ВЫВОДЫ

1. ТСПС у подростков с ШР представляют собой результат патоморфоза атипичных затяжных пубертатных приступов (гебоидной шизофрении, гебоидофрении) 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 о расстройствах половой идентификации; 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) чувствительный личностный радикал; 2) нарушения полового воспитания; 3) насмешки и упреки в семье, затрагивающие полоролевую сферу; 4) появление в ближайшем окружении пациентов сверстников, позиционирующих себя в качестве «трансгендеров»; 7) усиление влияния LGBTQ-движения в медиапространстве; 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 полоролевую 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 сообразно 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.

6) *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 работ, опубликованных по теме диссертации

1. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Перехов А.Я., Солдаткин В.А., Сидоров А.А. Случай шизофрении, протекающей с бредом полового метаморфоза / Социальная и клиническая психиатрия. 2020. – Т. 30. – № 3. – С. 62–67.
2. Дьяченко А.В., Солдаткин В.А., Бухановская О.А., Перехов А.Я. Расстройства половой идентификации у детей и подростков в психиатрической практике / Социальная и клиническая психиатрия. 2021. – Т. 31. – № 2. – С. 69–78.

3. Дьяченко А.В. Расстройство половой идентификации, аутоагрессия и гомицидомания у девушки-подростка. Клинический случай / Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. – Т. 3. – № 21. – С. 74–88.
4. 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 / Психиатрия. 2020. – Т. 18. – № 3. – С. 32–41.
5. Дьяченко А.В., Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Бухановская О.А. Проблема терминологического обозначения феномена небинарного полоролевого позиционирования в психиатрии: конфликт между научной и политической корректностью. Научный обзор / Российский психиатрический журнал. 2020. – № 3. – С. 38–47.
6. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Перехов А.Я., Солдаткин В.А., Дейнекина А.С., Яровицкий В.Б. Гендерная дисфория в структуре психоза / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. – Т.121. – №2. – С. 92-98.
7. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Случай ошибочной диагностики транссексуализма у пациентки с шизотипическим расстройством. Описание клинического случая / Российский психиатрический журнал. 2021. № 2. С. 73–83.
8. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Клинико-динамическая характеристика транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве у подростков / Российский психиатрический журнал. 2022. – № 2. – С. 77–93.
9. Dyachenko A.V., Perekhov A.Y., Soldatkin V.A., Bukhanovskaya Gender Identity Disorders: Current Medical and Social Paradigm and the ICD-11 Innovations / Consortium Psychiatricum. 2021. – Т.2. – №2 – С. 54-64.
10. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Перехов А.Я. Случай симптоматического нарушения половой идентификации у пациента с шизотипическим расстройством: типичный пример новой патологии / Материалы российской научной конференции с международным участием «Психиатрия 2020: омуты и мели специальности». 26 сентября 2020. Ростов-на-Дону. – С. 68-73.
11. Дьяченко А.В., Перехов А.Я., Бухановская О.А. Проблемы диагностики расстройств шизофренического спектра, протекающих с нарушениями половой идентификации / Материалы российской научной конференции с международным участием «Психиатрия 2020: омуты и мели специальности». 26 сентября 2020. Ростов-на-Дону – С. 74-78.
12. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.Я. Рост обращаемости пациентов с запросом на изменение пола и патоморфоз расстройств шизофренического спектра / Материалы международной онлайн научно-практической конференции «Психиатрия в свете реформ и преобразования». 3 ноября 2020. Ташкент – С. 72-74.
13. Дьяченко А.В. Транссексуалоподобные состояния при расстройствах шизофренического спектра / Материалы XV Всероссийской школы молодых психиатров. 23-27 сентября 2021. Суздаль – С. 107-110.
14. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Перехов А.Я. Предиспозиция к формированию транссексуалоподобных состояний у подростков с шизотипическим расстройством / Материалы Российской научной конференции «МКБ-11: гимн или реквием психиатрии?». 18 июня 2022. Ростов-на-Дону – С. 34-45.
15. Ковалев А.И., Бухановская О.А., Дьяченко А.В., Темирова М.А. Клинический случай половой дисфории у пациента с процессуальным заболеванием / Медицинский вестник Юга России. 2022. – Т.13. – №3. – С. 67-74.