

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОТИПИЧЕСКОГО И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ПОЛОРОЛЕВОЙ НЕКОНФОРМНОСТЬЮ

Г.Н. Алексеева, М.И. Ягубов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Минздрава России, Москва, Россия*

Дифференциальная диагностика между шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10) и тревожными расстройствами (F40, F41 по МКБ-10) у лиц с полоролевой неконформностью (ПРН) остается одной из сложных задач клинической психиатрии. Полоролевая неконформность определяется как устойчивое несоответствие полоролевого поведения, внешнего облика или самоидентификации общепринятым стереотипам, связанным с биологическим полом. В действующей Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) ПРН кодируется в рубриках F64.8 (другие расстройства половой идентификации) и F64.9 (расстройство половой идентификации неуточненное) [1]. Аналогичные диагностические категории (расстройство половой идентификации, другие уточненные и неуточненные формы) присутствуют в DSM-5-TR [2]. Согласно данным метаанализов, распространенность полоролевой неконформности в популяции, основанная на самоидентификации, оценивается в 0,5–4,6% [3, 4]; экстраполяция на Россию позволяет говорить о сотнях тысяч человек. В клинической практике тревога и социальная изоляция у лиц с ПРН могут быть следствием как стресса меньшинства (стигматизация, дискриминация, страх отвержения) [5], так и проявлением эндогенного процесса (шизотипического расстройства) [6]. Высокая встречаемость тревожной симптоматики у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (до 65%) [7] осложняет дифференциальную диагностику. Полоролевая неконформность может создавать феноменологическое сходство с продуктивной симптоматикой шизотипического расстройства (напр., вычурность поведения, необычные интересы, идеи отношения) и одновременно служить источником хронической тревоги и социальной изоляции.

Внешне сходные проявления (избегание контактов, навязчивые мысли о несоответствии стереотипам) могут быть обусловлены как эндогенным процессом, так и невротическим конфликтом. Ошибочная гипердиагностика шизотипического расстройства ведет к необоснованному назначению антипсихотиков, а гиподиагностика – к запоздалому началу терапии. Существующие подходы к дифференциальной диагностике преимущественно опираются на клинико-феноменологический метод, который не всегда позволяет различить структурную организацию нарушений. В связи с этим актуальным является поиск психологических маркеров, отражающих глубинные механизмы – процессуальный дефект (распад смыслообразования, искажение мышления) в отличие от невротического конфликта (борьба мотивов при сохранности личности). Традиции отечественной патопсихологии (школа Б.В. Зейгарник) [8, 9] имеют инструментарий для квалификации операциональной, динамической и мотивационной составляющих психической деятельности. Патопсихологический синдром при шизотипическом расстройстве (ШТР) характеризуется сочетанием негативной симптоматики (интерперсональный дефицит, аутизация), когнитивных искажений (разноплановость мышления, латентность ассоциативного процесса) и аффективной уплощенности [8, 9]. Ключевым для шизофренического спектра считается искажение процесса обобщения, проявляющееся в актуализации несущественных, латентных признаков [10, 11]. Для тревожных расстройств (ТР) доминирующим является аффективно-личностный радикал, включающий гипертрофированную тревожность, избегающее поведение, перфекционизм. Одним из перспективных направлений поиска психологических маркеров служит анализ системы лич-

ностных ценностей. Исходя из теории базовых индивидуальных ценностей Ш. Шварца, ценности представляют собой устойчивые мотивационные цели, регулирующие поведение и самоотношение. Адаптированный в России «Портретный ценностный опросник Ш. Шварца» (Schwartz Portrait Values Questionnaire – PVQ 40) позволяет количественно оценить выраженность десяти типов ценностей [12]. Половое самосознание и полоролевая неконформность рассматриваются в современной психологии как многомерный конструкт, включающий не только поведенческие проявления и социальный контекст, но и внутреннюю идентичность. В настоящем исследовании половое самосознание понимается как единство трех аспектов: 1) когнитивного – представление о своей полоролевой идентичности (осознание принадлежности к полу, образ «Я реального» и «Я идеального»); 2) эмоционального – аффективное отношение к этим представлениям (оценка, удовлетворенность, самоотношение, эмоциональная окраска); 3) ценностно-смыслового – мотивационная значимость полоролевых образов, их включенность в систему личностных ценностей. Ранее было показано, что половое самосознание при полоролевой неконформности характеризуется сложным рассогласованием когнитивных и эмоциональных компонентов [13]. Методики исследования полового самосознания «Маскулинность и Фемининность» и «Цветовой тест отношений» («МиФ» и «ЦТО» в модификации Н.В. Дворянчикова) [14] позволяют анализировать структуру полоролевой идентичности. Несмотря на наличие работ по каждому из трех конструктов в отдельности, комплексный подход, объединяющий их в единую модель дифференциальной диагностики у лиц с полоролевой неконформностью, до настоящего времени отсутствовал.

Целью настоящей работы явились разработка и эмпирическая проверка модели комплексной дифференциальной диагностики шизотипического и тревожных расстройств у лиц с полоролевой неконформностью на основе анализа патопсихологического синдрома, характеристик полового самосознания, ценностного профиля и уровня тревожности. Предметом исследования стали структурно-содержательные и эмоциональные особенности полового самосознания, познавательной деятельности и ценностно-смысловой сферы, позволяющие разграничить процессуальный дефект (шизотипическое расстройство) и невротический конфликт (тревожные расстройства) в клинической группе лиц с полоролевой неконформностью.

Материал и методы

Проведено поперечное сравнительное исследование в Московском научно-исследовательском институте психиатрии – филиале ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (отделение сексологии). Исследование одобрено этическим комитетом (протокол № 30/4 от 22 июня 2020 г.). Все пациенты дали письменное информированное добровольное согласие (лица моложе 18 лет – с согласия законных представителей).

Обследовано 70 пациентов в возрасте 16–28 лет, обратившихся за помощью с 2021 г. по февраль 2026 г. Все пациенты имели признаки полоролевой неконформности. Никто из пациентов не получал психофармакологической терапии на момент обследования. Были сформированы две клинические группы: I – Группа ШТР ($n=35$) – пациенты с шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10); II – Группа ТР ($n=35$) – пациенты с тревожными расстройствами. Верифицированные диагнозы по МКБ-10: F41.1 – Генерализованное тревожное расстройство ($n=21$), F41.0 – Паническое расстройство ($n=6$), F41.2 – Смешанное тревожное и депрессивное расстройство ($n=8$). Группы были сопоставимы по возрасту: средний возраст пациентов с шизотипическим расстройством составил $19,1 \pm 2,9$ года, с тревожными расстройствами – $19,6 \pm 3,0$ года ($t=0,71$, $p=0,48$). По биологическому полу группы также не различались: в группе ШТР – 17 мужчин (48,6%) и 18 женщин (51,4%); в группе ТР – 16 мужчин (45,7%) и 19 женщин (54,3%); $\chi^2=0,06$, $p=0,81$. Таким образом, демографические характеристики были сопоставимы в обеих группах. В группе ШТР 8 пациентов (4 биологических мужчины, 4 биологических женщины) не идентифицировали себя ни с мужским, ни с женским полом, у остальных 27 пациентов этой группы полоролевая идентичность соответствовала противоположному биологическому полу. Все пациенты группы ШТР имели клинически выраженную полоролевую неконформность. В группе ТР все пациенты идентифицировали себя в соответствии с биологическим полом, ПРН проявлялась преимущественно в поведенческих особенностях и интересах. При этом у женщин ТР идеальный образ имел маскулинную полоролевую идентичность, а у мужчин ТР – фемининную.

Обоснование возрастных границ. Выбор возрастного диапазона 16–28 лет обусловлен несколькими факторами. Данный период является критическим для дебюта как шизотипического, так и тревожных расстройств: первые проявления шизотипического расстройства чаще всего возникают в интервале 15–25 лет [6]. Следуя периодизации Э. Эриксона,

возраст 16–25 лет соответствует кризису «идентичность – диффузия идентичности» и переходу к стадии «интимность – изоляция» [15]. Именно в этот период окончательно формируются половое самосознание и ценностные ориентации. Исследование в этом возрасте позволяет оценить естественный процесс становления этих структур, а не их стабильные формы, что особенно важно при изучении полоролевой неконформности.

Критерии включения: наличие признаков полоролевой неконформности по данным анамнеза, самоотчета или клинического наблюдения; возраст 16–28 лет; информированное добровольное согласие (для лиц моложе 18 лет – согласие законных представителей).

Критерии исключения: органическое поражение ЦНС с выраженным когнитивным дефицитом; умственная отсталость; острое психотическое состояние; расстройства аутистического спектра (F84.0, F84.5 по МКБ-10); органические расстройства личности (F07.0 по МКБ-10); биполярное аффективное расстройство I типа (F31 по МКБ-10); рекуррентное депрессивное расстройство с психотическими эпизодами (F33.3 по МКБ-10); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (кроме никотина); тяжелая депрессивная симптоматика.

Верификация полоролевой неконформности. Наличие полоролевой неконформности установлено врачом-сексологом на основании клинической беседы, данных анамнеза, в результате соотнесения структурных компонентов полового самосознания (по данным клинико-психологического исследования) и декларируемых аспектов полоролевой идентичности. Критериями полоролевой неконформности служили несоответствие полоролевого поведения, внешнего облика, интересов и/или самоидентификации общепринятым стереотипам, связанным с биологическим полом; наличие субъективного дистресса или социальной дезадаптации (в группе ТР дистресс был более выражен). Согласно критериям МКБ-10 при полоролевой неконформности (F64.8) ощущение своей половой принадлежности, как правило, сохранено, а дистресс обусловлен преимущественно социальными факторами (стигматизацией, давлением окружения, страхом отвержения), а не внутренним рассогласованием идентичности.

Диагностический комплекс формировался в соответствии с задачами дифференциальной диагностики шизотипического и тревожных расстройств у лиц с ПРН. Описание методик сгруппировано по изучаемым феноменам. Патопсихологическое ис-

следование по методу Б.В. Зейгарник [8, 9] включало методики: «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Пиктограмма» и свободного ассоциативного эксперимента, а также стандартные таблицы Шульте. Оценивались операциональная сторона мышления (сохранность или искажение процесса обобщения), динамика мыслительной деятельности (истощаемость, аффективные колебания) и мотивационный компонент (критичность, целенаправленность). Ценностный опросник Шварца в адаптации В.Н. Карандашева [12] применялся для анализа мотивационно-смысловой сферы. Определялись четыре ценностных блока высшего порядка: «Сохранение» (безопасность, конформность, традиции), «Открытость изменениям» (самостоятельность, стимуляция, гедонизм), «Самоутверждение» (власть, достижение), «Трансцендентность» (универсализм, доброта) [12]. Методика «МиФ» («Маскулинность и феминность») Н.В. Дворянчикова [14] представляет собой опросник из 22 качеств для оценки восьми позиций: «Я реальное», «Я идеальное», «Я глазами женщин», «Я глазами мужчин», «Идеальный сексуальный партнер», «Реальный сексуальный партнер», «Образ женщины», «Образ мужчины». По сумме баллов по шкалам маскулинности и феминности каждая позиция классифицировалась как феминная, маскулинная, андрогинная, недифференцированная. Парадоксально андрогинный тип фиксировался при экстремально высоких баллах по обоим шкалам (выше 85-го перцентиля). «Цветовой тест отношений» («ЦТО») [14] проводился с использованием восьми цветов Люшера. Пациент ассоциировал каждый цвет со словами-стимулами, в том числе соответствующими восьми позициям методики «МиФ». Оценивались дифференцированность цветовых выборов, контраст между цветами реального и идеального «Я», эмоциональная валентность ассоциаций и ассоциации с понятиями «мужчина», «мальчик», «девочка», «женщина», «ребенок». Методики «МиФ» и «ЦТО» в совокупности позволяли охарактеризовать тип полоролевой идентичности, наличие или отсутствие вектора к идеалу, степень рефлексии и эмоциональную насыщенность самоотношения. Шкала тревожности Ч. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) [16] использовалась для количественной оценки личностной (ЛТ) тревожности и ситуативной (СТ) тревоги, а также для последующего корреляционного анализа с ценностными блоками. Полуструктурированное интервью включало сбор анамнестических данных: возраст осознания ПРН, буллинг в подростковом возрасте,

суицидальные мысли и попытки, несуйцидальные самоповреждения, семейный анамнез психических расстройств (с разделением на шизофренический спектр и тревожно-депрессивные), воспитание в неполной семье, сексуальная активность (наличие партнерских отношений, количество партнеров, удовлетворенность по 10-балльной шкале).

Статистическая обработка. Анализ выполнен с использованием IBM SPSS Statistics v.26. Применялись *t*-критерий Стьюдента для независимых выборок, критерий χ^2 – для бинарных переменных, *U*-критерий Манна–Уитни – для порядковых данных, дискриминантный анализ. Для корреляционного анализа использовался непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Уровень значимости принят $p < 0,05$.

Результаты

Результаты излагаются от общих клинических характеристик к дифференцированным психологическим показателям. В первую очередь описываются клинические различия групп, затем патопсихологические нарушения, ценностные профили и их связь с тревожностью, далее центральный конструкт – половое самосознание. Это позволило охарактеризовать два целостных синдрома (процессуальный дефект при ШТР и невротический конфликт при ТР). Завершают раздел анамнестические данные, дополняющие клиническую картину. Такой порядок отражает логику от внешних, феноменологических проявлений к внутренним механизмам, которые составляют предмет дифференциальной диагностики.

Клиническая характеристика групп сравнения. Характер жалоб при обращении различался. Пациенты с шизотипическим расстройством чаще предъявляли жалобы на «непонимание со стороны окружающих», «ощущение своей странности», трудности в межличностных контактах, чувство отчужденности. Они не испытывали острого желания изменить свой полоролевой статус в социуме; их неконформность носила эгосинтонный характер и не сопровождалась выраженным дистрессом по по-

воду несоответствия полу. Пациенты с тревожными расстройствами преимущественно жаловались на постоянную тревогу, страх осуждения, навязчивые мысли о том, что окружающие отвергают их из-за несоответствия стереотипам, а также высказывали желание «быть как все». У ряда пациентов отмечалось стремление к социальному признанию в противоположном поле, однако устойчивая идентификация с противоположным полом отсутствовала, а дистресс был связан преимущественно с социальной стигматизацией и страхом несоответствия нормативным ожиданиям. Таким образом, жалобы пациентов с тревожными расстройствами отражали эгодистонную полоролевою неконформность в рамках тревожного расстройства, а не глубинное внутреннее рассогласование идентичности.

Патопсихологический синдром. В группе шизотипического расстройства искажение процесса обобщения выявлено у 32 пациентов (91,4%), снижение критичности – у 30 (85,7%). В группе тревожных расстройств искажение обобщения отмечено лишь у одного пациента (2,9%), снижение критичности не наблюдалось. Различия между группами статистически значимы. Анализ динамики мыслительной деятельности с помощью таблиц Шульте обнаружил выраженную истощаемость у 74,3% пациентов с тревожными расстройствами и лишь у 34,3% пациентов с шизотипическим расстройством. При этом в группе тревожных расстройств динамика выполнения определялась аффективными колебаниями: замедление темпа на высоте тревоги сменялось частичным восстановлением при ее снижении. В группе шизотипического расстройства динамика носила не аффективный, инертный характер, без связи с эмоциональным состоянием. Сводные данные представлены в табл. 1.

Ценностный профиль. Средние значения блоков ценностей представлены в табл. 2.

В группе ШТР значимость блока «Сохранение» снижена, а значимость блока «Открытость изменениям» повышена по сравнению с группой ТР. Показатели блока «Трансцендентность» ниже в группе ШТР.

Таблица 1

Патопсихологические показатели в группах шизотипического расстройства и тревожных расстройств

Показатель	ШТР (n=35)	ТР (n=35)	χ^2	<i>p</i>
Искажение процесса обобщения	32 (91,4%)	1 (2,9%)	55,2	<0,001
Снижение критичности	30 (85,7%)	0 (0%)	55,9	<0,001
Истощаемость (таблицы Шульте)	12 (34,3%)	26 (74,3%)	11,2	<0,01

Примечания. ШТР – группа пациентов с шизотипическим расстройством; ТР – группа пациентов с тревожными расстройствами; *n* – число пациентов; % – доля от группы; χ^2 – значение критерия χ^2 ; *p* – уровень статистической значимости.

Тревожность и ее связь с ценностями. Уровни тревожности представлены в табл. 3.

Корреляционный анализ выявил в группе ТР положительную связь личностной тревожности с блоком «Сохранение» ($r_s=0,56$; $p<0,001$). В группе ШТР достоверных корреляций не обнаружено.

Половое самосознание. Результаты по методикам «МиФ» и «ЦТО» представлены в табл. 4.

В группе ШТР преобладал недифференцированный тип «Я реального» (71,5%) и «Я идеального» (71,5%), вектор к идеалу отсутствовал (91,4%), образы мужчины и женщины были искажены (женщина воспринималась как маскулинный образ, мужчина – как фемининный). У пациентов мужского пола идентичность была фемининной, у па-

циентов женского пола – маскулинной (рис. 1а). В «ЦТО» отмечались низкая дифференциация цветовых ассоциаций и преобладание ахроматических тонов, что отражает эмоциональную уплощенность («холод»). В группе ТР тип «Я реального» был четко определен и распределялся поровну между фемининным и маскулинным типами (по 45,7%), при этом в 83% случаев он соответствовал биологическому полу пациента. «Я идеальное» в 85,7% случаев имело маскулинный тип (как у мужчин, так и у женщин). Вектор к идеалу был выражен у 91,4% пациентов (рис. 1б). В «ЦТО» наблюдались высокая дифференциация и контраст между реальным и идеальным, что отражает аффективную насыщенность («жар»). Маскулинный тип «Я идеального»

Таблица 2

Ценностные блоки в группах шизотипического расстройства и тревожных расстройств

показатель блок	ШТР (n=35) M±SD	ТР (n=35) M±SD	t	p
«Сохранение»	3,2±1,1	5,4±0,9	9,23	<0,001
«Открытость изменениям»	5,5±1,0	3,8±1,2	6,42	<0,001
«Самоутверждение»	4,5±1,3	4,3±1,1	0,70	0,49
«Трансцендентность»	4,0±1,5	5,1±1,0	3,53	<0,001

Примечания к табл. 2, 3. ШТР – группа пациентов с шизотипическим расстройством; ТР – группа пациентов с тревожными расстройствами; n – число пациентов; M – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение; t – критерий Стьюдента.

Таблица 3

Показатели тревожности в группах сравнения

Показатель	ШТР (n=35) M±SD	ТР (n=35) M±SD	t	p
Личностная тревожность (ЛТ)	49,8±8,2	59,3±7,5	5,14	<0,001
Ситуативная тревога (СТ)	44,2±9,5	57,1±8,3	6,10	<0,001

Таблица 4

Показатели по данным методик «Маскулинность и Фемининность» и «Цветовой тест отношений» в группах сравнения

Показатель	ШТР (n=35)	ТР (n=35)	χ^2	p
Тип «Я реальное» в «МиФ»				
Феминный	2 (5,7%)	16 (45,7%)	13,1	<0,001
Маскулинный	2 (5,7%)	16 (45,7%)	13,1	<0,001
Андрогинный	0	2 (5,7%)	-	-
Недифференцированный	25 (71,5%)	1 (2,9%)	26,8	<0,001
Парадоксально- андрогинный	6 (17,1%)	1 (2,9%)	7,5	<0,01
Тип «Я идеальное» в «МиФ»				
Феминный	2 (5,7%)	2 (5,7%)	0,0	1,0
Маскулинный	2 (5,7%)	30 (85,7%)	42,3	<0,001
Андрогинный	0	1 (2,9%)	0,2	0,65
Недифференцированный	25 (71,5%)	2 (5,7%)	26,8	<0,001
Парадоксально- андрогинный	6 (17,1%)	0	7,5	<0,01
Вектор «Я реальное» – «Я идеальное» выражен	3 (8,6%)	32 (91,4%)	47,5	<0,001
Рефлексия с острым переживанием	2 (5,7%)	33 (94,3%)	55,7	<0,001
Высокая дифференциация «ЦТО»	4 (11,4%)	31 (88,6%)	41,4	<0,001
Выраженный контраст в «ЦТО»	3 (8,6%)	32 (91,4%)	47,5	<0,001

Примечания. ШТР – группа пациентов с шизотипическим расстройством; ТР – группа пациентов с тревожными расстройствами; n – число пациентов; % – доля от группы; χ^2 – значение критерия χ^2 ; p – уровень статистической значимости.

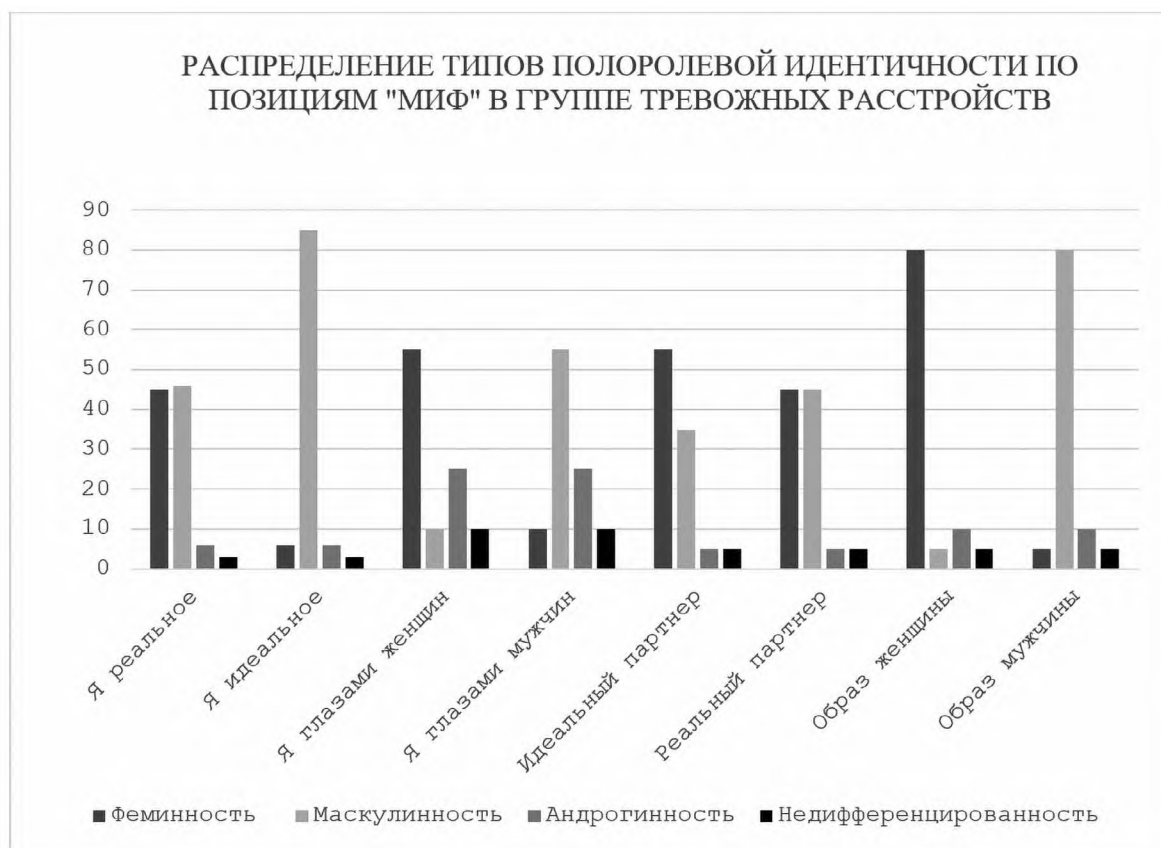


Рис. 1а. Распределение типов (%) полоролевой идентичности в соответствии с позициями методики «Маскулинность и Феминность» в группе шизотипического расстройства.

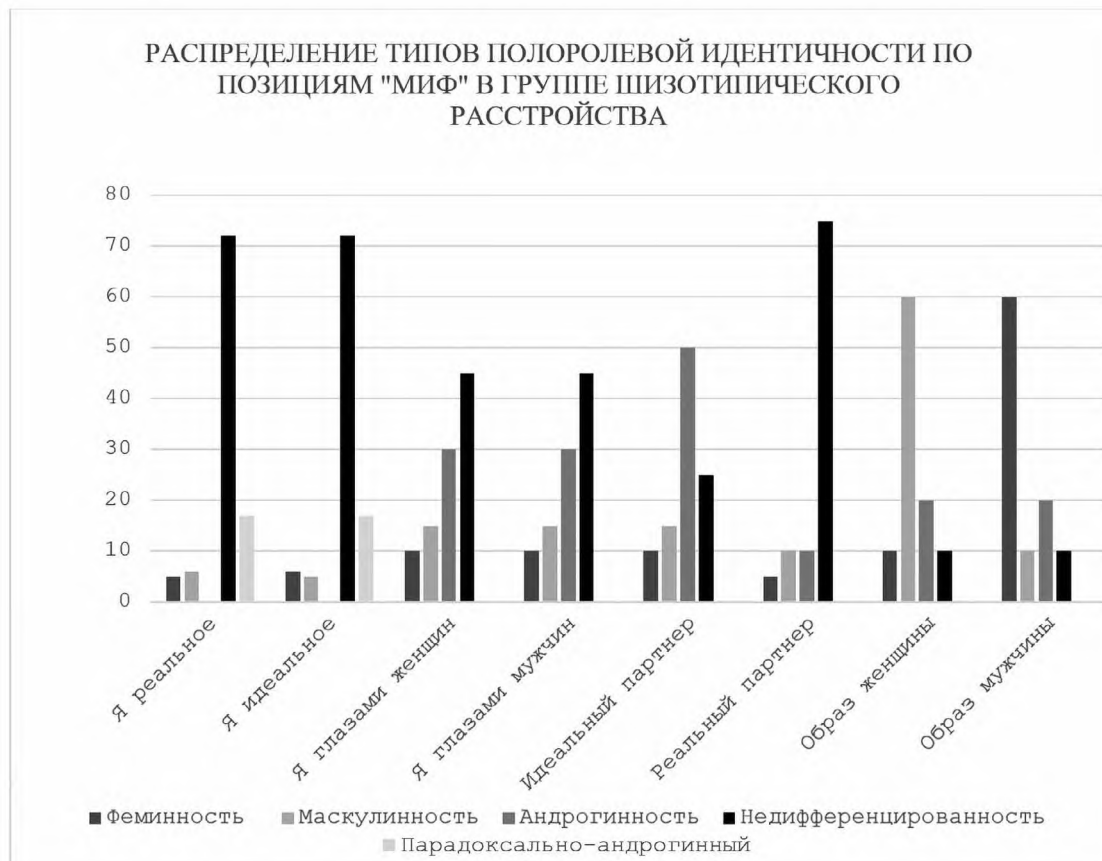


Рис. 1б. Распределение типов (%) полоролевой идентичности в соответствии с позициями методики «Маскулинность и Феминность» в группе тревожных расстройств.

в группе ТР отражает когнитивное стремление к маскулинным чертам, тогда как эмоционально идеал у мужчин ассоциируется с женскими образами, а у женщин – с мужскими. Кажущееся противоречие объясняется тем, что методики измеряют разные аспекты: «Миф» – когнитивный, «ЦТО» – эмоциональный.

Дополнительный анализ «ЦТО»: эмоциональное отношение и полоролевые ассоциации. Для уточнения эмоционального отношения к «Я реальному» и «Я идеальному» проведен анализ цветовых ассоциаций по валентности (положительные – красный, желтый; негативные – коричневый, серый, черный; амбивалентные – фиолетовый, синий, зеленый). Результаты представлены на рис. 2а. В группе ШТР профили обеих позиций не различались: негативное отношение преобладало (71,4%), положительное встречалось редко (8,6%). В группе ТР выявлен резкий контраст: «Я реальное» ассоциировалось с негативным отношением у 80,0% мужчин и 80,0% женщин, тогда как «Я идеальное» – с положительным отношением у 90,0% мужчин и 80,0% женщин ($\chi^2=45,6; p<0,001$).

Анализ ассоциаций «Я реального» и «Я идеального» с понятиями «мужчина», «мальчик», «девочка», «женщина», «ребенок» (рис. 2б) показал, что в группе ШТР обе позиции чаще всего связывались с понятием «ребенок» (42,9% для «Я реального» и 40,0% для «Я идеального»), отражая недифференцированность идентичности. В группе ТР у мужчин «Я реальное» ассоциировалось преимуще-

ственно с «мужчиной» (77,0%), а «Я идеальное» – с «женщиной» (70,0%). У женщин «Я реальное» чаще всего ассоциировалось с «женщиной» (44,0%), а «Я идеальное» – с «мужчиной» (56,0%). Это указывает на маскулинный характер идеала у женщин и фемининный характер идеала у мужчин. В группе ШТР идентификация с «ребенком» указывает на незрелость или редукцию полоролевой идентичности, тогда как в группе ТР ассоциации «Я реального» с собственным полом (у мужчин – с «мужчиной», у женщин – с «женщиной») отражают сохранность базовой идентификации, а ассоциация «Я идеального» с противоположным полом (у мужчин – с «женщиной», у женщин – с «мужчиной») – конфликтную направленность идеала. Анализ ассоциаций позиций «Я реальное» и «Я идеальное» с понятиями «мужчина», «женщина», «ребенок» выявил различное соотношение когнитивного и эмоционального компонентов полового самосознания в группах.

Клинико-anamnestические данные. Результаты полуструктурированного интервью представлены в табл. 5.

В группе ШТР значимо выше наследственная отягощенность расстройствами шизофренического спектра, чаще отсутствуют регулярные партнерские отношения, меньше сексуальных партнеров и ниже удовлетворенность сексуальной жизнью. В группе ТР чаще отмечаются буллинг в подростковом возрасте, суицидальные мысли, попытки и самоповреждения.

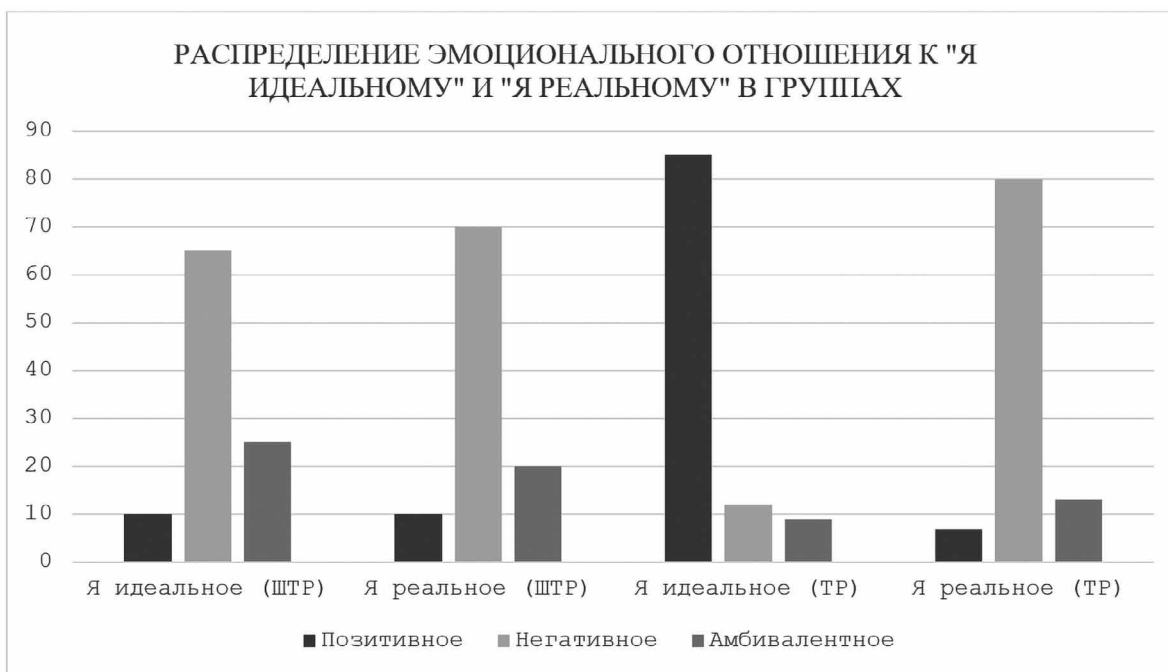


Рис. 2а. Распределение ответов (%) по признаку эмоционального отношения к позициям «Я реальное» и «Я идеальное» в «Цветовом тесте отношений» в группах шизотипического расстройства и тревожных расстройств.

Дискриминантный анализ. Каноническая дискриминантная функция оказалась статистически значимой ($\lambda=0,162$; $\chi^2=103,4$; $df=7$; $p<0,001$). Дискриминантный анализ обеспечил правильную классификацию 88,6% случаев (табл. 6).

Наибольший вклад в дискриминацию внесли искажение обобщения (0,72), блок «Сохранение» (–0,65), вектор к идеалу (0,58) и контраст «ЦТО» (0,54).

Обсуждение

Полученные результаты позволяют выделить комплекс дифференциально-диагностических маркеров, различающих шизотипическое расстройство и тревожные расстройства у лиц с полоролевой неконформностью. Эти маркеры формируют два целостных синдрома, каждый из которых характеризуется специфическим соотношением когни-



Рис. 26. Распределение ответов (%) по признаку ассоциаций с позициями «Я реальное» и «Я идеальное» в «Цветовом тесте отношений» в группе шизотипического расстройства (ШТР) и в группе тревожных расстройств (ТР).

Таблица 5

Клинико-анамнестические показатели в группах шизотипического и тревожных расстройств*

Показатель	ШТР (n=35)	ТР (n=35)	χ^2/U	p
Наследственная отягощенность				
Психические расстройства у родственников 1 й линии	24 (68,6%)	12 (34,3%)	8,24	<0,01
-расстройства шизофренического спектра	14 (40,0%)	3 (8,6%)	9,62	<0,01
-тревожно-депрессивные расстройства	8 (22,9%)	10 (28,6%)	0,30	0,58
Семейный анамнез				
Воспитание в неполной семье	22 (62,9%)	15 (42,9%)	2,86	0,09
Суицидальность, самоповреждения				
Буллинг в подростковом возрасте	8 (22,9%)	24 (68,6%)	15,1	<0,001
Суицидальные мысли в анамнезе	12 (34,3%)	26 (74,3%)	11,5	<0,001
Суицидальные попытки в анамнезе	3 (8,6%)	11 (31,4%)	5,7	<0,05
Несуицидальные самоповреждения	7 (20,0%)	20 (57,1%)	10,1	<0,001
Сексуальная активность				
Отсутствие регулярных партнерских отношений (>1 года)	23 (65,7%)	12 (34,3%)	6,94	<0,01
Количество сексуальных партнеров за жизнь (Me [Q ₁ ; Q ₃])	1 [0; 3]	3 [2; 5]	3,89	<0,001
Удовлетворенность сексуальной жизнью (0–10), M±SD	3,2±2,4	5,1±2,8	2,98	<0,01

Примечания. ШТР – группа пациентов с шизотипическим расстройством; ТР – группа пациентов с тревожными расстройствами; n – число пациентов; % – доля от группы; χ^2 – значение критерия χ^2 ; p – уровень статистической значимости. Для бинарных переменных использован критерий χ^2 ; для порядковых переменных – медиана (M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение) и межквартильный размах (Me [Q₁; Q₃]), U критерий Манна-Уитни. В столбце « χ^2/U » приведено значение соответствующего критерия.

Матрица классификации*

Фактическая группа	Предсказанная группа ШТР	Предсказанная группа ТР	% верных
ШТР ($n=35$)	31	4	88,6
ТР ($n=35$)	3	32	91,4
Всего			88,6

Примечания. ШТР – группа пациентов с шизотипическим расстройством; ТР – группа пациентов с тревожными расстройствами; n – число пациентов. Строки – фактический диагноз, столбцы – прогноз дискриминантного анализа; «% верных» – доля правильно квалифицированных диагнозов.

тивного, эмоционального и ценностно-смыслового аспектов полоролевой идентичности.

Патопсихологический синдром. Искажение процесса обобщения, выявленное у 91,4% пациентов с шизотипическим расстройством и лишь у одного пациента с тревожным расстройством, подтверждает классические представления школы Б.В. Зейгарник о ключевом признаке расстройств шизофренического спектра [10, 11]. Этот маркер отражает операциональный уровень нарушений при ШТР, тогда как при ТР операциональная сторона мышления остается сохранной, а динамика страдает за счет аффективных колебаний и истощаемости, зафиксированной у 74,3% пациентов. Снижение критичности при ШТР (85,7%) и ее полная сохранность при ТР дополнительно подтверждают различие: в первом случае мы имеем дело с абулией и анозогнозией, во втором – с гиперконтролем при сохранном осознании своих переживаний. Полученные данные согласуются с результатами J. Morriss и L. Ellett [17], которые в прямом клиническом сравнении показали, что непереносимость неопределенности является общим механизмом для паранойи и продромальных симптомов как при расстройствах шизофренического спектра, так и при тревожных расстройствах. При этом характер связи с симптоматикой различается: при тревожных расстройствах непереносимость неопределенности в большей степени связана с гиперконтролем и избеганием, тогда как при расстройствах шизофренического спектра – с идеями отношения и преследования. Это объясняет «холодный», беспредметный характер тревоги при ШТР (как следствие параноидной настроенности), в отличие от «горячей», привязанной к ценности безопасности тревоги при ТР.

Ценностный профиль и качество тревожности. Полярные паттерны ценностных блоков согласуются с данными зарубежных исследований. V. Sossi и соавт. [18] показали, что у пациентов с психическими расстройствами в целом повышена значимость ценностей блока «Сохранение» (безопасность, конформность, традиции). Это согласуется с нашим результатом о гипертрофии блока «Сохранение» в группе тревожных расстройств,

что отражает попытку совладания с тревогой через усиление контроля. При шизотипическом расстройстве, напротив, значимость блока «Сохранение» снижена, а блока «Открытость изменениям» (стимуляция, гедонизм) повышена. Однако высокая открытость изменениям не сопровождается реальной социальной активностью – феномен «аутизированной свободы», который является вариантом искажения ценностно-смысловой сферы и характерен для процессуального дефекта. Анализ уровней тревожности (табл. 3) показал, что оба показателя (личностная и ситуативная) значимо выше в группе ТР. Это ожидаемо и соответствует клинической картине тревожных расстройств. Принципиальное отличие касается связи тревожности с ценностями. В группе ТР личностная тревожность тесно связана с блоком «Сохранение» ($r_s=0,56$; $p<0,001$), что указывает на фрустрированную потребность в безопасности («горячая» тревога). В группе ШТР достоверные корреляции тревожности с ценностями отсутствуют, тревога беспредметна («холодная»). Это различие отражает разную природу психологического неблагополучия: при ТР оно возникает из конфликта между реальным и идеальным, при ШТР – из дефекта эмоционального реагирования. Дополнительные корреляции подтверждают согласованность паттернов. При ШТР отрицательная связь ценности «Доброта» с разноплановостью мышления ($r_s=-0,64$) указывает на дефицит просоциальных ценностей при когнитивных нарушениях. При ТР положительная корреляция «Конформности» с личностной тревожностью ($r_s=0,58$) отражает механизм гиперкомпенсации: чем выше тревога, тем более значимой для пациента является ценностная установка на соответствие нормам, которая, однако, остается нереализованной. Необходимо отметить, что гипертрофия конформности при ТР не означает реального следования правилам. Напротив, полоролевая неконформность пациентов этой группы объективно нарушает социальные полоролевые стереотипы (поведение, интересы, внешний облик не соответствуют ожиданиям). Высокая значимость конформности отражает фрустрированную потребность соответствовать нормам, которую па-

циент не может удовлетворить из-за особенностей своей идентичности и поведения. Это расхождение между ценностной установкой и реальностью порождает внутренний конфликт, поддерживающий тревожную симптоматику. В группе ШТР, напротив, ценность конформности снижена, поэтому нет ни желания соответствовать нормам, ни связанного с этим внутреннего конфликта, что соответствует эгосинтонному характеру неконформности. Кроме того, P. Hanel и U. Wolfradt [19] показали, что тревога отрицательно связана с ценностями «Гедонизм» и «Стимуляция», что согласуется с нашими данными: в группе ТР наблюдается дефицит этих ценностей при гипертрофии блока «Сохранение», тогда как в группе ШТР, несмотря на высокие показатели «Открытости изменениям», эта открытость носит аутизированный характер и не реализуется в поведении.

Половое самосознание: когнитивный и эмоциональный уровни. Методики «МиФ» (когнитивный уровень) и «ЦТО» (эмоциональный уровень) выявили два принципиально разных типа нарушений полоролевой идентичности, соответствующих двум синдромам. При шизотипическом расстройстве когнитивный аспект идентичности сформирован, но не соответствует биологическому полу: у 27 пациентов идентичность соответствует противоположному полу, а у восьми пациентов является небинарной. Однако эмоциональный аспект этой идентичности сглажен: образ реального «Я» не имеет выраженной аффективной окраски, образ идеального «Я» не отличается от реального, вектор к идеалу отсутствует у подавляющего большинства пациентов (91,4%). Образы мужчины и женщины искажены (женщина воспринимается маскулинной, мужчина – фемининным). В «ЦТО» отмечаются низкая дифференциация цветовых ассоциаций и преобладание ахроматических тонов, отсутствие контраста между «Я реальным» и «Я идеальным». Такое рассогласование между когнитивной и эмоциональной составляющими означает, что формально оформленная идентичность лишена эмоционального наполнения. Эта конфигурация соответствует эгосинтонной неконформности: пациент не переживает несоответствие поведения ожиданиям, не стремится к изменению, его идентичность не вызывает внутреннего конфликта. При тревожных расстройствах когнитивный аспект идентичности соответствует биологическому полу. Эмоциональный аспект ярко выражен и демонстрирует резкий контраст: реальное «Я» окрашено негативно, идеальное «Я» – позитивно, с четким вектором к изменению (вектор присутствует у 91,4% пациентов).

При этом у мужчин идеальное «Я» ассоциируется с фемининными образами (женщина), а у женщин – с маскулинными (мужчина). В «ЦТО» наблюдаются высокая дифференциация и контраст между реальным и идеальным, что указывает на аффективную насыщенность. На когнитивном уровне («МиФ») «Я идеальное» в 85,7% случаев является маскулинным, что отражает стремление соответствовать нормативным стереотипам. Однако на эмоциональном уровне выявляется иная картина: у мужчин идеал ассоциируется с женскими образами, а у женщин – с мужскими. Это расхождение между когнитивной установкой и эмоционально окрашенным идеалом создает внутренний конфликт, характерный для эгосинтонной неконформности: пациент осознает свое несоответствие, страдает от него, стремится к изменению, но испытывает трудности в реализации. Таким образом, когнитивная и эмоциональная составляющие при тревожных расстройствах согласованы между собой (идентичность сохранна и эмоционально насыщена), но конфликтуют по содержанию (реальная идентичность оценивается негативно, а идеал тождественен противоположному полу). Выраженное стремление к социальному переходу у пациентов с тревожными расстройствами отражает невротический конфликт, тогда как при шизотипическом расстройстве подобные идеи могут иметь различную психопатологическую структуру – от навязчивых до бредовых [20]. Это согласуется с ранее полученными данными о том, что идеи смены пола чаще встречаются именно при шизотипическом расстройстве по сравнению с другими типами шизофрении [21]. Также показано, что при расстройствах шизофренического спектра нарушения в психосексуальной сфере носят системный характер. У таких пациентов чаще встречаются расстройства психосексуального развития, они реже имеют романтические отношения и в целом демонстрируют низкую удовлетворенность сексуальной жизнью [22]. Это подтверждает наш вывод о том, что полоролевые искажения при шизотипическом расстройстве – не изолированный невротический конфликт, а часть общего процессуального дефекта. Полученные данные перекликаются с имеющимися в литературе сведениями [23] о вторичности психосексуальных нарушений при расстройствах шизофренического спектра, что дополнительно подкрепляет процессуальную природу полоролевых искажений при ШТР. Подтверждением невротической природы эгосинтонной неконформности служит исследование, показавшее возможность редукции полоролевых намерений при разрешении внутреннего конфликта [24]. Это

свидетельствует об обратимости эгодистонных проявлений в рамках невротического конфликта, в отличие от процессуального дефекта при шизотипическом расстройстве.

Полоролевая неконформность, рассогласование идентичности и эмоциональная окрашенность. Ранее в исследовании с участием контрольной группы было показано, что рассогласование структурно-содержательных компонентов полового самосознания встречается не только у лиц с ПРН, но и в нормативной группе [13, 25]. Однако в норме такое рассогласование не приводит к эмоциональной пустоте, характерной для шизотипического расстройства, и не сопровождается мучительным конфликтом содержания, свойственным тревожным расстройствам. Таким образом, конфликт идентичности сам по себе не является специфическим диагностическим признаком ПРН. В российской клинической практике ПРН рассматривается в рамках рубрик расстройств половой идентификации F64.8 и F64.9 МКБ-10 [1], что обуславливает необходимость дифференциальной диагностики, особенно при наличии коморбидной психической патологии. Данное исследование демонстрирует, что ключевое различие между шизотипическим и тревожными расстройствами у лиц с полоролевой неконформностью лежит не в самом факте рассогласования идентичности, а в качестве эмоционального реагирования на это рассогласование. В группе ТР рассогласование переживается остро, сопровождается страхом оценки, стремлением к изменению (эгодистонная неконформность). В группе ШТР рассогласование, если оно присутствует, не вызывает эмоционального отклика, не сопровождается стремлением к изменению и сочетается с эмоциональной уплощенностью (эгосинтонная неконформность).

Анамнестические различия. В группе ТР значимо выше частота буллинга в подростковом возрасте (68,6% против 22,9%, $p<0,001$), суицидальных попыток (31,4% против 8,6%, $p<0,05$) и несуйцидальных самоповреждений (57,1% против 20,0%, $p<0,001$). Эти данные могут отражать как стресс меньшинства, который пациенты с ТР переживают острее в силу своей эмоциональной реактивности, так и их большую способность к рефлексии травматического опыта. Лонгитюдные исследования подтверждают, что полоролевая неконформность в подростковом возрасте является фактором риска последующих переживаний, причем буллинг и одиночество выступают значимыми медиаторами [26, 27]. В группе ШТР чаще встречается наследственная отягощенность расстройствами шизо-

френического спектра (40,0% против 8,6%, $p<0,01$) и более выражены трудности в установлении партнерских отношений (65,7% не имеют регулярных отношений). Эти данные согласуются с результатами Haenschel С. и соавт. [28], которые показали, что более высокий уровень шизотипических черт связан с тревожной и депрессивной симптоматикой, что подтверждает вклад шизотипической уязвимости в развитие аффективных нарушений. Кроме того, работа С. Eddy [26] показывает, что дефицит социального познания лежит в основе таких шизотипических черт, как подозрительность, социальная тревога и отсутствие близких отношений, что может приводить к выраженному личностному дистрессу и социальной изоляции.

Ограничения исследования

Небольшой объем выборки ($n=70$) требует осторожной экстраполяции результатов. Поперечный дизайн не позволяет судить о динамике выявленных паттернов. Отсутствие контрольной группы лиц с ПРН без психиатрической патологии ограничивает выделение специфического вклада фактора неконформности. Данные о буллинге, самоповреждениях и суицидальном поведении основаны на самоотчете, что может влиять на достоверность. Тем не менее, полученные различия между группами являются статистически значимыми и клинически релевантными.

Заключение

Дифференциальная диагностика между шизотипическим расстройством и тревожными расстройствами у пациентов с полоролевой неконформностью основывается на двух качественно различных целостных синдромах. Каждый синдром характеризуется специфическим соотношением когнитивного, эмоционального и ценностно-смыслового аспектов полоролевой идентичности. При шизотипическом расстройстве процессуальный дефект выступает центральным звеном патопсихологического синдрома, в основе которого лежат искажение обобщения, снижение критичности и инертная динамика мышления (абулия, анозогнозия). Когнитивный аспект идентичности не соответствует полу, характеризуется искажением. Эмоциональный аспект приглушен: образ реального «Я» лишен аффективной окраски, вектор к идеалу отсутствует. Ценностно-смысловой аспект отличается снижением значимости безопасности и традиций при декларативно высокой значимости стимуляции и гедонизма, которые носят аутизированный характер и не реализуются в поведении. Возникает рассогласование между когнитивной структурой

и отсутствием эмоционального наполнения и ценностной поддержки. Это состояние определяется как эгосинтонная неконформность – отсутствие внутреннего конфликта и мотивации к изменению. Синдром тревожных расстройств является проявлением невротического конфликта, в основе которого лежат операциональная сохранность мышления, аффективная истощаемость и сохранная критичность при динамике, определяемой колебаниями тревоги. Когнитивный аспект идентичности соответствует своему полу. Эмоциональный аспект ярко выражен, с резким контрастом между негативным реальным «Я» и позитивным идеальным «Я», с четким вектором к изменению. Ценностно-смысловой аспект проявляется гипертрофией потребности в безопасности и конформности при недоступности гедонизма и стимуляции, отражая невозможность следования нормам при высокой значимости конформности. Тревожность аффективно насыщена и тесно связана с фрустрированной потребностью в безопасности. Все три аспек-

та функционально сохранны и активны: структура идентичности когнитивно сохранна, эмоционально насыщена и подкреплена ценностной мотивацией. Но они конфликтны по содержанию: негативно воспринимаемая реальная идентичность контрастирует с идеалом противоположного пола. Это согласованное по структуре, но конфликтное по содержанию расхождение характерно для эгодистонной неконформности – выраженного психологического неблагополучия и активного стремления к изменению.

Таким образом, эгосинтонная неконформность является сущностью процессуального дефекта при шизотипическом расстройстве, а эгодистонная неконформность выступает ключевой характеристикой невротического конфликта при тревожных расстройствах. Комплексная оценка патопсихологического синдрома, ценностного профиля и трех аспектов полоролевой идентичности позволяет с высокой точностью разграничить эти состояния у лиц с полоролевой неконформностью.

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Работа выполнена в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России «Разработка клинко-патогенетической модели и диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хроническими заболеваниями» (регистрационный номер: 1240208000061-8).

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб.: Адис, 1994. 208 с.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC, 2022. P. 451–461. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
3. Meerwijk E.L., Sevelius J.M. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples // Am. J. Public. Health. 2017. Vol. 107, No 2. P. e1–e8. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303578
4. Solovieva N.V., Makarova E.V., Kremenitskaya S.A. Transgender population in the Russian Federation: diversity and trends // Eur. J. Transl. Myol. 2023. Vol. 33, No 2. P. 11419. DOI: 10.4081/ejtm.2023.114119
5. Meyer I.H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence // Psychol. Bull. 2003. Vol. 129, No 5. P. 674–697. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674
6. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М.: Медицинское информационное агентство, 2020. 444 с.
7. Achim A.M., Maziade M., Raymond E. et al. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association // Schizophr. Bull. 2011. Vol. 37, No 4. P. 811–821. DOI: 10.1093/schbul/sbp148
8. Зейгарник Б.В. Патопсихология. СПб.: Питер, 2024. 368 с.
9. Зейгарник Б.В. Нарушения мышления у психически больных. М.: Ленанд, 2025. 200 с.
10. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. Л.: Медицина, 1989. 216 с.
11. Зейгарник Б.В., Николаева В.В., Соколова Е.Т. и соавт. Патопсихология: хрестоматия. Сост. Н.Л. Белопольская. 2-е изд. М.: Когито-Центр, 2000. С. 19–52.
12. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб.: Речь, 2004. 70 с.
13. Алексеева Г.Н., Первичко Е.И., Ягубов М.И., Кибрик Н.Д. Особенности структуры полового самосознания у женщин с полоролевой неконформностью // Социальная и клиническая психиатрия. 2024. Т. 34, № 1. С. 35–51. DOI: 10.34757/0869-4893.2024.34.1.004
14. Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики. М.: Флинта, 2011. 216 с.
15. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. 340 с.
16. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергра. Л.: ЛНИИТЭК, 1976. 18 с.
17. Morriss J., Ellett L. Intolerance of uncertainty, paranoia, and prodromal symptoms: comparisons between a schizophrenia-spectrum disorder, anxiety disorder, and non-clinical sample // Psychol. Psychother. 2025. Vol. 98, No 3. P. 344–354. DOI: 10.1111/papt.12561
18. Succi V., Talevi D., Stratta P., Rossi A. et al. Personal values in mental disorders: an exploratory analysis // Humanit. Soc. Sci. Commun. 2021. Vol. 8, No 1. P. 1–7. DOI: 10.1057/s41599-021-00780-3
19. Hanel P.H.P., Wolfardt U. The 'dark side' of personal values: Relations to clinical constructs and their implications // Pers Individ Dif. 2016. Vol. 97. P. 140–145. DOI: 10.1016/j.paid.2016.03.045
20. Введенский Г.Е. Феноменология идей смены пола у больных шизотипическим расстройством // Медицинский вестник Юга России. 2022. Т. 13, № 3. С. 55–62. DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-32-35

21. Старостина Е.А., Ягубов М.И. Клинико-феноменологические особенности формирования идей смены пола при расстройствах шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 3. С. 18–23. DOI: 10.17116/jnevro202112103118
22. Старостина Е.А., Ягубов М.И. Особенности сексуальной сферы пациентов с нарушениями половой идентичности при расстройствах шизофренического спектра и транссексуализме // Российский психиатрический журнал. 2022. № 1. С. 40–45.
23. Демидова Л.Ю., Введенский Г.Е., Макарова Т.Е., Каменсков М.Ю., Штарк Л.Н. Роль нарушений психосексуальной сферы при шизофрении в диагностике парафилий // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018. № 2. С. 54–61.
24. Алексеева Г.Н., Ягубов М.И., Первичко Е.И. Клинико-психологическое наблюдение редукции намерения при эгодистонной полоролевой неконформности // Социальная и клиническая психиатрия. 2025, Т. 35, № 3. С. 80–94. DOI: 10.34757/0869-4893.2025.35.3.009
25. Алексеева Г.Н., Ягубов М.И., Первичко Е.И. Эмоциональные и когнитивные аспекты полового самосознания лиц с полоролевой неконформностью // Интеграция нейронаук и клинической практики: современные тенденции в сфере охраны психического здоровья: материалы научной конференции (Рязань, 26–27 сентября 2024 г.) М., 2024. С. 178–180.
26. Eddy C.M. Social cognition in schizotypy: a systematic review // *Neurosci Biobehav Rev*. 2025. Vol. 159, С. 105602. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2024.105602
27. Narita Z., DeVlyder J., Yamasaki S., Ando S. et al. Uncovering associations between gender nonconformity, psychosocial factors, and mental health in adolescents: a birth cohort study // *Psychol. Med*. 2024. Vol. 54, No 5. P. 921–930. DOI: 10.1017/S0033291723002623
28. Haenschel C., Krupic D., Hoff A., Corr P.J., Gaigg S., Fett A.K. Comparing two measures of schizotypy and their relationship with psychological distress in British university students // *Early Interv. Psychiatry*. 2023. Vol. 17, No 11. P. 1095–1106. DOI: 10.1111/eip.13404. Epub 2023 Jan 20. PMID: 36669849.

REFERENCES

1. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Issledovatel'skie diagnosticheskie kriterii [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research]. Saint Petersburg: Adis; 1994. 208 p. (In Russ.)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC, 2022. P. 451–61. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
3. Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health*. 2017;107(2):e1–8. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303578
4. Solovieva NV, Makarova EV, Kremenitskaya SA. Transgender population in the Russian Federation: diversity and trends. *Eur J Transl Myol*. 2023;33(2):11419. DOI: 10.4081/ejtm.2023.114119
5. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674–97. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674
6. Smulevich AB. Maloprogredientnaya shizofreniya i pogranichnye sostoyaniya. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2020. 444 p. (In Russ.)
7. Achim AM, Maziade M, Raymond E, et al. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*. 2011;37(4):811–21. DOI: 10.1093/schbul/sbp148
8. Zeigarnik BV. Patopsikologiya. Saint Petersburg: Piter; 2024. 368 p. (In Russ.)
9. Zeigarnik BV. Narusheniya myshleniya u psikhicheskii bol'nykh. Moscow: Lenand, 2025. 200 p. (In Russ.)
10. Lichko AE. Shizofreniya u podrostkov. Leningrad: Meditsina; 1989. 216 p. (In Russ.)
11. Zeigarnik BV, Nikolaeva VV, Sokolova ET, et al. Patopsikologiya: khrestomatiya. Comp. Belopol'skaya NL. 2nd ed. Moscow: Kogito-Tsentr, 2000. P. 19–52. (In Russ.)
12. Karandashev VN. Metodika Shvartsa dlya izucheniya tsennostey lichnosti: kontseptsiya i metodicheskoe rukovodstvo. Saint Petersburg: Rech'; 2004. 70 p. (In Russ.)
13. Alekseeva GN, Pervichko EI, Yagubov MI, Kibrik ND. [Features of the structure of sexual self-awareness in women with gender-role nonconformity]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2024;34(1):35–51. (In Russ.) DOI: 10.34757/0869-4893.2024.34.1.004
14. Dvoryanchikov NV, Nosov SS, Salamova DK. Polovoe samosoznanie i metody ego diagnostiki. Moscow: Flinta; 2011. 216 p. (In Russ.)
15. Khanin YuL. Kratkoe rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti Ch.D. Spilbergera. Leningrad: LNI-ITEK; 1976. 18 p. (In Russ.)
16. Erikson E. Identichnost': yunost' i krizis. Moscow: Progress; 1996. 340 p. (In Russ.)
17. Morriss J, Ellett L. Intolerance of uncertainty, paranoia, and prodromal symptoms: comparisons between a schizophrenia-spectrum disorder, anxiety disorder, and non-clinical sample. *Psychol Psychother*. 2025;98(3):344–54. DOI: 10.1111/papt.12561
18. Succi V, Talevi D, Stratta P, Rossi A, et al. Personal values in mental disorders: an exploratory analysis. *Humanit Soc Sci Commun*. 2021;8(1):1–7. DOI: 10.1057/s41599-021-00780-3
19. Hanel PHP, Wolfradt U. The 'dark side' of personal values: Relations to clinical constructs and their implications. *Pers Individ Dif*. 2016;97:140–45. DOI: 10.1016/j.paid.2016.03.045
20. Vvedensky GE. Phenomenology of ideas of gender change in patients with schizotypic disorder. *Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii* [Medical Herald of the South of Russia]. 2022;13(3):55–62. (In Russ.) DOI: 10.21886/2219-8075-2022-13-3-32-35
21. Starostina EA, Yagubov MI. [Clinical and phenomenological features of the formation of gender reassignment ideas in schizophrenia spectrum disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im SS Korsakova* [SS Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2021;121(3):18–23. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro202112103118
22. Starostina EA, Yagubov MI. [Features of the sexual sphere of patients with gender identity disorders in schizophrenic spectrum disorders and transsexualism]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2022;(1):40–5. (In Russ.)
23. Demidova LYu, Vvedensky GE, Makarova TE, Kamenskov MYu, Shtark LN. [The role of disturbances of the psychosexual sphere in schizophrenia in diagnosing of paraphilias]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni VM Bekhtereva* [VM Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2018;(2):54–61. (In Russ.)
24. Alekseeva GN, Yagubov MI, Pervichko EI. [Clinical and psychological observation of intention reduction in ego-dystonic gender-role nonconformity]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2025;35(3):80–94. (In Russ.) DOI: 10.34757/0869-4893.2025.35.3.009
25. Alekseeva GN, Yagubov MI, Pervichko EI. Emotional'nye i kognitivnye aspekty polovogo samosoznaniya lits s polorolevoy nekonformnost'yu. In: *Integratsiya neyronauk i klinicheskoy praktiki: sovremennye tendentsii v sfere okhrany psikhicheskogo zdorov'ya: materialy nauchnoy konferentsii* (Ryazan, 2024). Moscow, 2024:178–80. (In Russ.)
26. Eddy CM. Social cognition in schizotypy: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2025;159:105602. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2024.105602
27. Narita Z, DeVlyder J, Yamasaki S, Ando S, et al. Uncovering associations between gender nonconformity, psychosocial factors, and mental health in adolescents: a birth cohort study. *Psychol Med*. 2024;54(5):921–30. DOI: 10.1017/S0033291723002623
28. Haenschel C, Krupic D, Hoff A, Corr PJ, Gaigg S, Fett AK. Comparing two measures of schizotypy and their relationship with psychological distress in British university students. *Early Interv Psychiatry*. 2023;17(11):1095–106. DOI: 10.1111/eip.13404. PMID: 36669849

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОТИПИЧЕСКОГО И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С ПОЛОРОЛЕВОЙ НЕКОНФОРМНОСТЬЮ

Г.Н. Алексеева, М.И. Ягубов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Целью настоящей работы явились разработка и эмпирическая проверка модели дифференциальной диагностики шизотипического и тревожных расстройств у лиц с полоролевой неконформностью на основе анализа патопсихологического синдрома, характеристик полового самосознания, ценностного профиля и уровня тревожности. В поперечном сравнительном исследовании участвовали 70 пациентов 16–28 лет с шизотипическим или тревожным расстройством и признаками полоролевой неконформности. Использовались патопсихологическое исследование (Б.В. Зейгарник), ценностный опросник Шварца, методики «Маскулинность и Фемининность» и «Цветовой тест отношений», шкала тревожности Спилбергер-Ханина, полуструктурированное интервью. Дифференциальная диагностика основалась на двух различных синдромах. При шизотипическом расстройстве выявлен процессуальный дефект: искажение обобщения, снижение критичности,

редукция эмоционального компонента идентичности, аутизированный ценностный профиль. Это соответствовало эгосинтонной неконформности – отсутствию внутреннего конфликта и мотивации к изменению. При тревожных расстройствах доминировал невротический конфликт: сохранность мышления, аффективная истощаемость, контраст между реальным и идеальным «Я», гипертрофия потребности в безопасности. Это соответствовало эгодистонной неконформности – психологическому неблагополучию и стремлению к изменению. Комплексная оценка патопсихологического синдрома, ценностного профиля и полового самосознания позволила разграничить эти состояния с высокой точностью.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, тревожные расстройства, полоролевая неконформность, дифференциальная диагностика, половое самосознание.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF SCHIZOTYPAL AND ANXIETY DISORDERS IN INDIVIDUALS WITH GENDER ROLE NONCONFORMITY

GN Alekseeva, MI Yagubov

Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

The aim of this study was to develop and empirically test a model for the differential diagnosis of schizotypal and anxiety disorders in individuals with gender role nonconformity based on the analysis of pathopsychological syndrome, characteristics of gender self-awareness, value profile and anxiety level. In a cross sectional comparative study, 70 patients aged 16–28 years with schizotypal or anxiety disorder and signs of gender role nonconformity were examined. The assessment included pathopsychological examination, Schwartz's Value Survey, the Masculinity and Femininity method, the Color Test of Relations, and the Spielberger-Hanin Anxiety Inventory and a semi structured interview. Differential diagnostics was based on two distinct syndromes. In schizotypal disorder a procedural defect was found: distorted

generalization, reduced criticality, reduced emotional component of identity, and an autistic value profile. This corresponded to egosyntonic nonconformity – no internal conflict and no motivation for change. In anxiety disorders, a neurotic conflict dominated: preserved thinking, affective exhaustion, a sharp contrast between real and ideal self, and a hypertrophied need for security. This corresponded to egodystonic nonconformity – psychological distress and a desire for change. Comprehensive assessment of the pathopsychological syndrome, value profile, and gender self awareness allowed these conditions to be distinguished with high accuracy.

Keywords: schizotypal disorder; anxiety disorders; gender role nonconformity; differential diagnostics, gender self awareness.

Алексеева Галина Николаевна – младший научный сотрудник отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; SPIN-код: 8407-5970; e-mail: alekseeva.g@serbsky.ru (автор для корреспонденции)

Ягубов Михаил Ибрагимович – доктор медицинских наук, руководитель отделения сексологии отдела трансдисциплинарных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; SPIN-код 1038-6946; e-mail: yagubov.m@serbsky.ru