

Клинический случай
УДК 616.895.8:616.89-008.442.3
<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-3-75-82>

Клиническое наблюдение: шизофрения, транссексуализм или их сочетание?

В. А. Солдаткин

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия
Автор, ответственный за переписку: Виктор Александрович Солдаткин, sva-rostov@mail.ru

Аннотация. Изменение положения транссексуализма в новой МКБ, развернувшаяся жаркая дискуссия о психопатологической структуре этого феномена и его связи с другими психическими расстройствами обуславливают актуальность рассмотрения приведённого клинического случая.

Подробное клиническое описание демонстрирует возможность сочетания двух изначально независимых расстройств — транссексуализма и шизофрении, — которые придали яркий индивидуальный колорит клинической картине и обусловили сложности как в медицинской, так и правовой частях помощи больной.

В возрасте 25 лет у пациентки с клиническими признаками транссексуализма остро развился парафренный психоз. Без медицинской помощи, по механизмам саногенеза, острота состояния исчезла, но больная из психотического состояния не вышла. Особенности возникновения и динамики психоза (острота развития, отсутствие признаков синдрома таксиса, характерного для непрерывной шизофрении) позволяют отнести его к варианту затяжного приступа шубообразной шизофрении. Обращает на себя внимание то, что после возникновения психоза стереотип развития синдрома отвержения пола не претерпел существенных изменений: окончательно завершилось формирование кроссдрессинга, инверсной психосексуальной идентичности, инверсной половой идентичности; яркими стали реакции мимикрии, всё более отчетливо стали проявляться аутодеструктивные тенденции и пациентка обратилась за разрешением на изменение пола.

В описанной клинической ситуации первоочередной задачей является обрыв приступа шизофрении, при решении этой задачи особую значимость приобретет разработка программы вторичной профилактики и реабилитации. Формально пациентка не имеет права на изменение пола, так как страдает шизофренией, что является противопоказанием для секстрасформации, в состоянии психоза больная по сути утрачивает гражданско-процессуальную дееспособность. Неформально же вопрос сохраняет свою актуальность.

Ключевые слова: транссексуализм, шизофрения

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Солдаткин В. А. Клиническое наблюдение: шизофрения, транссексуализм или их сочетание? Медицинский вестник Юга России. 2022;13(3):75-82. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-75-82

A clinical review: schizophrenia, transsexualism or their combination?

V. A. Soldatkin

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia
Corresponding author: Victor A. Soldatkin, sva-rostov@mail.ru.

Abstract. The change in the position of transsexualism in the new ICD classification, the hot debate about the psychopathological structure of this phenomenon and its relation to other mental disorders determine the relevance of considering the following clinical case.

A detailed clinical description demonstrates the possibility of combining two initially independent disorders - transsexualism and schizophrenia - which gave a bright individual color to the clinical picture and caused difficulties both in the medical and legal aspects of patient care.

At the age of 25, a patient with clinical signs of transsexualism developed acute paraphrenia psychosis. Without medical assistance, according to the mechanisms of sanogenesis, the severity of the condition decreased, but the psychotic state was not recovered. Features of the onset and dynamics of psychosis typical for the continuous type of paranoid schizophrenia (acuteness of development and absence of signs of syndromotaxis) allow us to attribute it to episodic with progressive or stable deficit paranoid schizophrenia variant. It is noteworthy that after the onset of psychosis, the stereotype of the development of birth-assigned gender rejection syndrome did not undergo significant changes: the formation of crossdressing, inverse psychosexual identity and inverse gender identity were finally completed; mimicry reactions became bright, self-destructive tendencies began to appear more and more clearly, and the patient applied for permission to change gender.

In the described clinical situation, the primary task is to overcome the acute schizophrenia psychosis. After solving this problem, the secondary prevention and rehabilitation program development becomes more important. Formally, the patient

does not have the right to change sex, since she suffers from schizophrenia, which is a contraindication for sex transformation. In the state of psychosis, the patient essentially loses her civil procedural capacity. Informally, the question remains relevant.

Keywords: transsexualism, schizophrenia

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Soldatkin V. A. A clinical review: schizophrenia, transsexualism or their combination? *Medical Herald of the South of Russia*. 2022;13(3):75-82. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-75-82

Введение

Изменение положения транссексуализма в новой МКБ, развернувшаяся жаркая дискуссия о психопатологической структуре этого феномена и его связи с другими психическими расстройствами [1] требуют накопления разрозненных клинических случаев, их систематизации с выявлением возможных связей. Именно этой цели служит представляемое наблюдение.

Описание клинического случая

Пациентка М., 34 лет, обратилась за разрешением на секстрасформирующую операцию.

Из близких родственников имеет только сестру, которая крайне отрицательно относится к поведению пациентки, её стремлению изменить пол, от общения с врачами категорически отказалась. Со слов больной известно, что мать пациентки умерла в возрасте 43 лет от «тяжёлого сахарного диабета», характеризуется как «добрая, ласковая, заботливая, отзывчивая». Отец умер в возрасте 52 лет от «мочеполовой инфекции» (более подробной информации нет), характеризуется как «вечно пьяный, агрессивный». Старшая сестра — «навязчивая, давящая, упорная».

Родилась от второй беременности, вторых родов, информации о которых, как и о раннем развитии, нет. Первое воспоминание о детстве связано с внутрисемейными конфликтами, «постоянно пьяным и агрессивным отцом, гонявшимся за матерью с топором». Со слов старшей сестры, пациентка знает о том, что первый год жизни она «была очень слабой, болезненной, долго не держала головку, не сидела, не ходила». В возрасте около одного года перенесла «критическое состояние», с остановкой дыхания («посинела»), родители пытались выполнить «искусственное дыхание», по скорой помощи была госпитализирована, в больнице «проводилось полное переливание крови», после чего «вскоре начала ходить».

Несколько первых лет жизни страдала хронической пневмонией и «родители лечили её малыми дозами спиртного, чаще пивом».

В дошкольном возрасте была активной, подвижной, «шкодливой», требовательной, злопамятной, настойчивой, всегда доводящей «всё до конца». Посещала детский сад, где «не нравилось то, что приходилось выполнять требования режима тогда, когда она полностью погружалась в игры». Предпочитала подвижные игры в смешанной компании (больше мальчиков). В детстве предпочитала «мальчуковые» игрушки (машинки, оружие, солдатик) и игры. В игре «дочки-матери» всегда выбирала роль мужчины.

В школу пошла в 7 лет, охотно. Без протеста носила женскую школьную форму. Всегда сопротивлялась завызыванию бантов и плетению косичек, так как «они доставляли неудобство», предпочитала короткую стрижку.

И в школе, и в дошкольный период среди друзей больше называет девочек, но «очень подвижных и активных — сорванцов; любимые игры — в войну, любили подкладывать лампочки на трамвайные рельсы».

В начальных классах школы была склонна к фантазированию. Так, часто фантазировала о том, что «в ней проснулась способность понимать язык растений и животных». Подолгу вела мысленный диалог с ивой, которая росла возле дома, придумывала её ответы. Рассказала об этом матери, на что та велела никому об этом не говорить, объяснив, что «эти её фантазии никто не поймёт».

До 8–9 лет эпизодически возникали императивные позывы на мочеиспускание, иногда, не успевая добраться до туалета, упускала мочу, в связи с чем подвергалась насмешкам со стороны сверстников.

В школе училась хорошо, «схватывая всё на лету». Предпочтение отдавала гуманитарным предметам. Точные предметы вызывали затруднения, особенно те, которые связаны с пространственным представлением (геометрия, стереометрия). Пациентка — левша, переученная писать правой рукой.

Менархе в 12 лет. Менструации до настоящего времени сопровождаются выраженным болевым синдромом (что часто требовало вызова бригады скорой помощи), часто рвотой и диареей, иногда обмороками.

До 14 лет основным увлечением пациентки было чтение. Предпочитала фантастику (Уэлс, Беляев). Читала быстро и охотно, её приходилось «выгонять гулять, но если выгнали, то потом не загонишь». Выходя гулять, всегда одевала нейтральную спортивную одежду («уни-секс»). В 14 лет появилось увлечение, «на многие годы определившее жизнь». Попад на ипподром, увлеклась лошадьми, стала проводить на ипподроме много времени, ухаживая за лошадьми, помогая конюхам. В том возрасте её называли «Мариной», относились к ней, как к девушке, что дискомфорта у пациентки не вызывало. Предпочитала, как и раньше, преимущественно мужскую компанию. В ней же в 14 лет по механизмам подражания начала курить. Категорически отвергала предложения встречаться с молодыми людьми, возникло влечение к девушкам. В 15 лет была «влюблена» в женщину, ветеринарного врача ипподрома. Фантазировала на сексуальные темы, «целовала лошадей, чтобы снять возбуждение». В целом ситуация для пациентки была «удивительной и непонятной», не могла объяснить происходящее с ней.

8 классов школы окончила в 15 лет и после этого год «пропадала на ипподроме», где в 16 лет устроилась работать конюхом. Настолько «любила лошадей, что даже с температурой около 40 градусов шла на работу». В 17 лет успешно (все оценки — «отличные») окончила вечернюю школу, затем заочно училась в сельскохозяйственном институте по специальности «Зооинженер».

Когда пациентке было 22 года, умерла её мать. Около полугода отмечалась тяжёлая реакция горя, в которой помощь оказали «участие и забота» подруг.

В 23 года из журналов узнала о транссексуализме и сразу же поняла, что «на самом деле она — мужчина, а не лесбиянка, как думала раньше», что этим объясняются все неразрешимые проблемы в её жизни — влечение к женщинам, желание носить мужскую одежду, короткую стрижку. Тогда же впервые обратилась в медицинский центр с просьбой о разрешении на проведение операции по изменению пола. Было предложено обследование, однако она отказалась по финансовым причинам.

В тот период была влюблена в девушку, сделала ей предложение, объяснив, что на самом деле является мужчиной, на что та ответила, что пациентка «не знает мужчин и поэтому её влечет к женщинам». Найдя эту фразу убедительной, пациентка трижды пыталась совершить половой акт со случайными мужчинами. Прелюдия полового акта вызывала у неё «лишь любопытство»; о том, происходил сам акт или нет, пациентка «не помнит», так как все три раза «в самый ответственный момент теряла сознание, синела, нарушалось дыхание и работа сердца», что приводило к «поспешному бегству» партнера.

В 26 лет «жизнь существенно изменилась». В ночь с 6 на 7 января 1993 года она внезапно услышала голос бога, который поздравил её с рождением. Голос «подтвердил, что она — мужчина». Ей было «сообщено, что на самом деле зовут его Сергей, он — второй сын бога и Иисус — его сводный брат». Голос звучал внутри головы. Сразу после этого монолога «увидел парящих в воздухе людей в белом, которые взяли его с собой в путешествие. Во время этого путешествия показали всю историю человечества: видел и трогал динозавра, видел сотворение Земли, хранилище душ, в котором нашёл душу матери; показали его первые шаги, рассказали о всей его жизни, научили языку животного и растительного миров. Всё, что он видел, было объёмным, реальным — таким же, как и обыденная жизнь. Целью путешествия, как он его понял, было сообщение, что он — хозяин всего живого». Пациентка утверждает, что в этом путешествии провела целую неделю, о чём потом «сообщила по датам».

Каких-либо изменений в психической деятельности пациентки в период, предшествующий описываемому, ни субъективно, ни объективно выявить не удалось.

После «путешествия» контакт с Богом сохранился и стал постоянным. Слышала в голове его фразы, понимала, что это именно Бог, по особому «тембру голоса». Начала активные действия по изменению пола, направив их в этот раз на «экстрасенсорику». Обратилась к экстрасенсам, которые, однако, достаточно скоро стали в лицо ей говорить, что она — «шизофреничка». Вскоре поняла, что экстрасенсы объединяются против неё и её связи с Богом. Так, они старались «заглушить голос Бога, уменьшить Силу, которой Бог наделил её». В тот период вокруг себя часто стала замечать экстрасенсов, в том числе приехавших из Москвы и связанных с ФСБ. По выражению больной, с того времени «Бог иногда оставлял её, но экстрасенсы — уже никогда». Экстрасенсы старались «уничтожить её мужскую часть и усилить женскую». С помощью «ионного оружия» они сделали так, что у неё «внезапно и быстро выросли»

молочные железы. Под воздействием этого оружия они «горели огнем»; эпизодически «физически ощущала экстрасенсорное изнасилование мужчиной», при этом на «экране», который появлялся перед глазами, видела образ экстрасенса. Впрочем, на том же экране стали появляться и послания от Бога, разрешавшие или запрещавшие применение её Силы. Экстрасенсы «ликовали» во время периодов её менструаций, когда «она была особенно уязвима», «насылали на неё такие боли, что приходилось обращаться к врачам. Был период, когда экстрасенсы «вбили в кисти её рук астральные гвозди, распяв её, физически ощущала кровь, которая текла по рукам и только после молитвы в церкви почувствовала себя снова свободной».

В 26 лет — первый кунинлингус, осуществлённый пациенткой (до того, с 16 лет, — эпизодический поверхностный петтинг, заранее создавая «алиби», употребляя алкоголь и искусственно демонстрируя большую, чем на самом деле, степень опьянения). Считает, что именно после этого у неё появилось оволосение по мужскому типу («редкая, медленно растущая кустиками борода»).

В описываемый период была «активной, энергичной, откровенной, всем встречным старалась рассказать о Чуде, произошедшем с ней», затем поняла, что «надо быть скрытной, чтобы не навредить себе». С этого же времени изменился профиль работы: если до этого года в основном работа её была связана с зоотехнией (конюх, лаборант, зоотехник), то после — слесарь, грузчик, электросварщик, уборщик, столяр. С «мужскими» работами справлялась легко, достаточно быстро развивалась мускулатура и практически не уступала мужчинам, рядом с которыми работала, легко вливалась в их компанию, «понимая их». На всех местах работы посещала женский туалет, но только в случае наличия кабинок, если же их не было, «предпочитала терпеть».

Иногда «поддавалась уговорам экстрасенсов», на время смирялась с тем, что она — Марина, отказывалась от активных попыток изменить пол («просто спокойно ждала перерождения, которое ей обещал Бог»), надевала женскую одежду («которая выглядела на ней столь нелепо, что окружающие шаркались»). Однако и в эти периоды «не была оставлена экстрасенсами в покое. За ней велась постоянная слежка, все её действия и мысли записывались на компьютер». Ей «астрально предлагались» образы красивых девушек, с которыми она вступала в сексуальные отношения. Спустя непродолжительное время встречала этих девушек в обыденном мире, несколько раз пыталась говорить на тему «Как тебе понравилось прошлый раз?», что вызывало скандалы. Экстрасенсорно «овладела всеми навыками секса, став лучшим любовником на свете — Казановой». Информацию об этой стороне её жизни враги распространяют, чтобы дискредитировать её: «как только она устранивается на работу, появляется какой-нибудь человек с компьютером, что-то устанавливает, а потом она начинает замечать на себе косые взгляды».

Однократно была изнасилована мужчиной (примерно в возрасте 30 лет), при этом теряла сознание от боли и отвращения.

Обратилась к профессору-хирургу, который рекомендовал обратиться за разрешением на операцию

к психиатру. Консультирована урологом, диагностировавшим «гермафродитизм».

С целью получения разрешения на операцию обратилась за психиатрической помощью.

Со слов единственной подруги: знает «Сергея» около 10 лет. Перед знакомством слышала о нём, что «это девушка, которая считает себя парнем», поэтому не удивилась, когда Марина «при знакомстве попросила называть её Сергеем, говорила о себе в мужском роде, выглядела (стиль поведения, одежда) по-мужски». Сначала виделись редко, последние лет 5–6 стали дружны. Сергей часто заходит в гости с желанием посоветоваться, рассказать о себе. Чаще всего жалуется на непонимание окружающих, на проблемы в отношениях с девушками, на невозможность устроиться на работу из-за несоответствия его облика и паспортных данных. Все 10 лет говорил о том, что обязательно добьётся операции по изменению пола. Его привлекательные качества — честность, прямота, отсутствие подлости и склочности.

Знает, что Сергей имел интимные отношения с женщинами, с одной из которых он прожил вместе, фактически в гражданском браке, около 1 года. Жили в его квартире; сожительница называла его «Марик». Гражданская жена употребляла наркотики и часто выпивала, по этой причине (по инициативе Сергея) отношения прекратились.

Сергей имеет «достаточно привлекательную внешность, которую портило неправильное расположение зубов». Два года назад долго лечился у протезиста-стоматолога, исправил прикус.

Довольно редко слышала от Сергея необычные высказывания о колдовстве экстрасенсов, о голосе Бога, о понимании языка животного и растительного мира, воспринимала это как чудачество и требовала «прекратить нести бред», после чего он сразу замолкал и к этим темам больше не возвращался; поведение его не вытекало из содержания этих высказываний.

Несколько лет назад был период длительностью около года, когда он носил женскую одежду (всегда спортивного стиля, но всё же с женским расположением кнопок и замков). По-прежнему считал себя мужчиной, говорил о том, что «надоело бороться и доказывать обществу». Возможно, это было связано с местом работы, которое он хотел сохранить, а условием было соответствие внешнего вида паспортному полу, но точно она не помнит.

Скрывая грудь, всегда носит «маскирующую одежду: плотную рубашку, свитер». Никогда не видела его в облегающей майке.

Живет в «типично мужской холостяцкой квартире — грязновато, пыльно». Но постель всегда свежая, одежда — чистая и ухоженная. Готовить не умеет и не любит. Любит гулять, чаще в одиночестве, и вообще его компания крайне мала. В позапрошлом году ходил в гей-клуб, в сексуальные отношения ни с кем не вступил, сказав, что «лёгкий, доступный, без чувств секс его не привлекает».

В больницы вообще и психиатрические в частности, насколько она знает, Сергей никогда не попадал. Грубо нелепого поведения не было. Некоторые соседи считают его «сумасшедшим», но только из-за его желания изменить пол. Его отдельные необычные высказывания редки и не влияют на его поведение. Считает, что после

операции «получится отличный мужик», просит содействовать в получении разрешения.

Соматический статус

Нормостеник. Вес — 65 кг, рост — 173 см. Таз шире плеч. Мускулатура плечевого пояса и рук развита. Кожа чистая, со следами заживших вульгарных прыщей. Оволосение подбородка и ареол правильно сформированных молочных желез. В лёгких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом фланке, правом подреберье и гипогастрии. Симптом поколачивания отрицателен. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, увеличен до 1,5–2 см клитор.

Неврологический статус

В классической и сенсibiliзированной пробах Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет точно. Асимметрия лица при оскаливании (отстаёт левая сторона). Движения глазных яблок в полном объёме, нистагма нет. Сухожильные рефлексы симметричные, живые. Патологические рефлексы и нарушения чувствительности не определяются. Затруднены тонкие движения. С существенным затруднением выполняет пробы Озерского на динамическую организацию двигательного акта.

Психический статус

Сознание ясное. На беседы приходит охотно, без опозданий. Сидит свободно, в раскованной позе. Мимика и пантомимика оживлены. Глаза чаще прищурены, смотрит настороженно, «исподлобья». Речь слегка ускорена по темпу, заметны нарушения целенаправленности мышления, что затрудняет понимание поведения больной. Голос эмоциональный, хорошо модулированный; несмотря на неоднократные замечания, обильно использует ненормативную лексику, что объясняет «привычкой, выработанной в мужской компании», утрированно подчёркивая «принадлежность к кругу мужчин». В то же время после беседы с подругой пациентки, уточнившей, что ни разу не слышала от него мата, смущается, соглашается, что таким образом хотела «продемонстрировать свою мужскую душу». Себя называет в мужском роде (с однократной оговоркой «я пошла...», которую сразу же исправляет). Заранее предупреждает, что при обращении к нему «Марина» может быть «агрессивным».

Целью обращения к психиатру называет получение разрешения на проведение операции по перемене пола (удалить матку, которую «ненавидит», называет «гадиной», сделать большим половой член) и изменение документов; считает себя психически здоровой, сама у себя диагностировала транссесуализм.

Рассказывает о том, что «он мужчина, внутренне так себя ощущает, знал это всегда, а бог в своем обращении к нему около десяти лет подтвердил это, сообщив, что зовут его Сергей. Бог сообщил ему, что Иисус Христос — его сводный брат. Бог даровал ему Силу, с помощью которой он может убивать или исцелять. Сила была максимальна первое время после обращения, затем постепенно ослабевала, но полностью никогда не исчезала.

Для применения Силы нужно позволение Бога, и он дает ему эту информацию либо своим голосом, звучащим внутри головы, либо сообщениями, часто появляющимися на экране перед его лицом, экран этот он воспринимает не глазами, а каким-то другим способом, в это время в глазах появляется озарение».

При расспросе выясняется, что считает себя «гермафродитом с женской и мужской частью», «видит эти части на том же экране». Рассказывает о том, как «циркулирует мужская и женская энергия по особым трактам (которые изображает на схеме и показывает на теле) в его организме. Так, в правом боку сконцентрировано «мужское начало», в гипогастрии — «женское». Цель всех его действий — максимально устранить «женское» и развить «мужское», став полноценным мужчиной. К этому могут привести следующие три пути:

Экстрасенсорное воздействие: «нереально, так как экстрасенсы объединились против него, заглушают голос Бога, усиливают женское начало».

«Перерождение: отдаться сексу с мужчиной, умереть после этого и возродиться мужчиной. Пробовал — не получается».

Получение разрешения от психиатров, хирургическая операция, смена документов — «самый реальный путь».

В настоящее время решил идти по третьему пути. Уверен в успехе, так как «если откажут здесь — есть Москва», да и Отец (Бог) поможет. Удивлен сообщению о том, что операция, проводимая после получения разрешения, — тяжёлая, многоэтапная, не всегда успешная. После паузы замешательства говорит о том, что «тогда хотя бы по документам будет мужчиной». Этого надо добиться, так как «жить в таком состоянии, в котором он сейчас, хуже смерти» (плачет при этом, стараясь скрыть слёзы). Декларирует желание быть полноценным мужчиной, иметь «нормальный секс и детей». Считает, что уже сейчас, до получения разрешения, проведения операции и смены документов, должен «вести себя как мужчина — в поведении, речи, одежде». Мочится полусидя: «стоя — невозможно, а сидя — противно». С улыбкой рассказывает о том, что «его не понимают: купался летом в реке по-мужски, в плавках и без бюстгалтера, что вызвало шок зевак». При расспросе об этой ситуации позже с болью в голосе говорит, что «настолько устал от своего положения, что хотел хоть как-то обратить внимание Бога на происходящее с ним, решил, что коллективная эмоция дойдет до Бога быстрее, чем его одиночная». На вопрос об улыбках, которые сопровождают эти явно существенные для пациента темы, говорит, что «не хочет демонстрировать окружающим своего крайне тяжёлого положения, вызывать жалость».

Одним из подтверждений своей принадлежности мужскому роду называет «прорезывание полового члена: 7–8 лет назад был влюблён в девушку, чувствовал мощное влечение, постоянно думал о ней, и, чтобы не наброситься на нее, садился на лошадь без седла и долго скакал, как бы сбивая сексуальное возбуждение. Внезапно почувствовал, как потекла кровь, испытал боль. Позже обнаружил возле клитора цилиндрической формы образование, которое явно является половым членом, хотя недоброжелатели и пытались убедить, что это обычная киста». Одна из явных недоброжелательниц — старшая сестра

(называет её исключительно по фамилии) — «постоянно перемещается из стана врагов в стан друзей и обратно».

Рассказывает о том, что стал одиноким. С трудом называет одного человека (девушку), с которой имеет дружеские отношения, может посоветоваться.

Говорит о том, что «у него много времени для решения своей проблемы, он перестал стареть с того времени, как услышал голос Бога, будет вообще бессмертным, когда станет мужиком». В то же время на вопрос врача о том, как сложится его жизнь при отрицательном решении консилиума, говорит о том, что «на землю придёт туман, но его на этой земле уже не будет».

Особым образом интерпретирует всё происходящее во время обследования: «хорошо, что сделали магнитно-резонансную томографию, исследование отогнало дьявола», который охватывал его спину, — «видел удаляющееся черное облако»; при гормональном исследовании с нагрузкой (инъекция фолликулина) — «зачем-то подавили мужскую часть, исчезла эрекция, спало возбуждение, появились боли, как при менструации».

В беседе после проведения консилиума, на котором принято решение о необходимости обрыва приступа и повторном рассмотрении вопроса о смене пола, без сопротивления принял известие об обнаруженном психическом расстройстве, дал согласие на лечение, продиктованное, впрочем, исключительно «верой в то, что после исчезновения расстройства, которое у него нашли при обследовании, он наконец-то получит разрешение на операцию». Спрашивает о том, перестанет ли он в результате лечения общаться с Богом, не дожидаясь ответа, говорит о том, что согласен на всё для достижения конечной цели. Критики нет.

Заключение психолога

Контакт устанавливается свободно. Общительна. На вопрос, как лучше обращаться (Марина или Сергей), отвечает, что ей всё равно, однако вскоре уточняет, что лучше — как к мужчине. О причинах обращения в Центр сообщает прямо. Обнаруживает готовность открыто делиться своими переживаниями и впечатлениями, связанными с «присутствием» признаков обоих полов в своем теле, говорит о желании разобраться в этом, соглашается на версию о гермафродитизме. Однако в ходе беседы выясняется, что речь идет о психическом уровне проживания «двуполости», который обследуемая стремится разрешить путём операции по смене пола («стать мужиком»).

Совместная деятельность организуется без затруднений, так как испытуемая ориентирована на обследование, приближающее её к основной цели — получить разрешение на операцию.

Исследование мышления обнаруживает отчётливые нарушения личностно-мотивационной и операциональной сфер в виде искажений процессов обобщения, разноплановости, соскальзываний, специфическом резонерстве, снижении критичности. Так, в предметной классификации сразу выделяет большую группу и называет её «планета Земля и всё живое», включив туда, прежде всего, глобус, а затем животных, растения и людей, причем не всех, а только врача, уборщицу и ребенка; моряка и кузнеца относит к технике (транспорт). Этой

группе обследуемая уделяет много внимания, говорит, что увлекается живой природой, а мир неодушевленный её мало занимает. Обращает на себя внимание порядок расположения карточек, которому пациентка придает особый смысл («сначала должны лежать люди, а за ними хищники, согласно купленным билетам, потом травоядные, далее птицы, затем более низкий класс (рыбы, жуки и бабочки) и в конце растения — самые безгрешные существа на планете Земля»). Несмотря на склонность к гиперобобщениям, на втором этапе не соединяет в одну группу все неодушевленные, оставляя их отдельно. В пробе «4-й лишний» на фоне верных обобщений допускает ситуационные или субъективные толкования («шалаши нужно убрать, так как там не повесишь замок», «полки для книг не знаю где должны быть, у меня в комнате такие не стоят», «бабочка не может пить из ведра» и т. п.). Толкование пословиц выявляет склонность к резонерству, нарушения стройности мышления, вычурные ассоциации. Так, пословицу «Лес рубят — щепки летят» объясняет «до такой степени решаются дела, что всегда находятся виноватые, крайние люди, и попадают под горячую руку, вывод — не надо соваться» и т.д.

Исследование по ММР. Код профиля по Уэлшу — 468/520/1379. Профиль имеет «позитивный» наклон, свидетельствующий о большом риске поведенческих реакций. Выявлены патологические изменения, проявляющиеся подъёмом профиля выше границ нормативного разброса. Выявленные патологические изменения не имеют синдромальной специфичности.

Таким образом, при обследовании на первый план выступают структурные нарушения мышления (искажения обобщений, разноплановость, резонерство), снижение критичности, специфические нарушения произвольного внимания, что позволяет констатировать наличие шизофренического патопсихологического симптомокомплекса (по Кудрявцеву И. А., 1988), а также неадекватная полоролевая идентификация.

Результаты дополнительных исследований

Магнитно-резонансная томография головного мозга. В лобных областях визуализированы множественные мелкие извилины, характеризующиеся утолщённым слоем серого вещества. Очаговых изменений в веществе мозга не выявлено, миелинизация не нарушена. Дифференцировка серого и белого вещества снижена. Умеренно равномерно расширены конвекситальные субарахноидальные щели и корковые борозды, желудочковая система. Базальные цистерны не изменены. Гипофиз овальной формы, размерами 1,5×1,8×1,0 см. Задняя доля дифференцируется. Воронка выражена обычно, не смещена. Супраселлярная цистерна свободна. Ход зрительных комплексов не нарушен. Краниовертебральное сочленение сформировано обычно, артерии основания мозга нормальной формы и размеров. Придаточные пазухи воздухоносны, без воспалительных изменений. Заключение: признаки аномалии миграции и формирования борозд — полимикрогирия лобных долей. Умеренно выраженная дилатация желудочковой системы, диффузные атрофические изменения полушарий. Гиперплазия аденогипофиза без отчетливых очаговых изменений.

ЭЭГ. Обращает внимание торпидность альфа-ритма, межрегиональная асимметрия, представленная усилением медленных волн в передних отделах мозга, то есть признаки диффузного органического поражения. Все эти нарушения выражены в лёгкой степени.

УЗИ органов малого таза (трансабдоминальное сканирование). Умеренные диффузные изменения структуры миометрия. Выраженные диффузные изменения и кисты обоих яичников.

Консультации специалистов

Уролог. Данные осмотра наружных половых органов выявляют типичную женскую анатомию. Необходимо отметить увеличение клитора, однако признаков гермафродитизма нет.

Нейроэндокринолог. Гормональное исследование с нагрузкой выявляет типичный для женщины вариант реакции, что позволяет условно говорить о дифференциации гипоталамо-гипофизарной системы по «женскому» типу.

Разбор

Нами применён клинический метод, свойственный отечественной психиатрии. Соблюдение методологических принципов диагностики психических расстройств предполагало этапность. На первом этапе (чувственно-го познания феномена болезни) выделялись и описывались разнообразные *признаки* расстройства. На втором этапе (клинического анализа) обобщалась клиническая информация и осуществлялось терминологическое типирование выявленных ранее признаков, то есть обозначение их как *симптомов*, и их систематизация — объединение симптомов в *психопатологические синдромы*. На завершающем этапе (формирования диагностического заключения о нозологической форме) строилась клинико-динамическая модель болезни с формированием представления об особенностях динамики синдромов (*синдромогенезе* и *синдромокинезе*), о закономерностях взаимосвязи, сменяемости и трансформации различных синдромальных образований (*синдромотаксисе*), что объединялось со всей имеющейся медицинской информацией, в том числе полученной при параклинических и экспериментальном исследованиях. Именно это единение являло собой базис для формирования диагноза. Такой подход позволял объединить феноменологический, статистический и динамический принципы психиатрии и установить *индивидуальный диагноз*.

Вся история психиатрии убеждает в том, что лишь феноменологический подход дает максимально ценные сведения. Именно поэтому анализ случая мы начинали с оценки феномена болезни, а в том, что пациентка психически больна, сомнений не возникает. Феномен болезни всегда един и неделим, но в приведённом случае он явно имеет две составные части.

С одной стороны, высказывания больной об общающемся с ней Боге, голос которого она слышит внутри головы, что мы должны типировать как вербальные псевдогаллюцинации с характером галлюцинаторного информирования; идеи особого происхождения, мессианства, протектората, антагонистические идеи, идеи воздействия, психические автоматизмы позволяют констатировать парафренный синдром. Учитывая

относительно небольшой удельный вес идей преследования, воздействия, автоматизмов, а также не страдающее грубо поведение больной (что подтверждается как наблюдением в процессе обследования, так и объективным анамнезом, сохранением больной рабочего места) можно думать о клиническом варианте систематизированной парафрении.

Вторая часть феномена болезни включает в себя ненависть к своему телу, особенно половым признакам; желание скрыть половые признаки (так называемая «мимикрия»); отчётливую психосоциальную дезадаптацию, связанную с отвержением своего пола; аутодеструктивное поведение (стремление к выполнению калечащей операции).

Совокупность этих признаков позволяет говорить о наличии синдрома отвержения пола [2].

Заключение

Итак, состояние больной определяется двумя синдромами, относящимися к разным формам психических расстройств. Принципиально важно понять, единым ли (и каким именно) или разными заболеваниями они обусловлены. Может ли вообще у больных транссексуализмом возникнуть шизофрения? Имеет ли право больной с транссексуализмом, удовлетворяющим показаниям для применения тактики коррекции пола, заболевший позже шизофренией, на секстрасформирующее лечение? Как его осуществлять?

Ответить на поставленный вопрос можно лишь с помощью структурно-динамического анализа случая, то есть осуществив третий этап диагностического процесса.

При рассмотрении predispositions следует отметить пять моментов. Во-первых, в семейном анамнезе обращает на себя внимание злоупотребление отца алкоголем, вероятно, с эксплозивными формами опьянения. Во-вторых, ранний период жизни больной характеризуется задержкой развития и частыми инфекционными заболеваниями. В-третьих, императивные позывы на мочеиспускание вплоть до младшего школьного возраста, отражающие диссонанс между процессами возбуждения и торможения. В-четвёртых, анатомические особенности центральной нервной системы, обнаруженные на МРТ-томограмме, — признаки аномалии миграции и формирования борозд (полимикрогирия лобных долей, являющаяся отражением дизонтогенеза).

В дошкольном и младшем школьном возрасте у пациентки уже отмечались особенности поведения, описанные ранее как характерные для ранней (досексуальной) стадии формирования транссексуализма: гетеросоциальность (предпочтение игрушек и игр, свойственных мальчикам; если же принимала участие в девичьей игре, то выполняла в ней мужскую роль), амфифилия (тяготение к общению со сверстниками своего и противоположного пола), томбоизм (поведение «мальчика-сорванца»), начальные проявления кроссдрессинга (переодевания в одежду противоположного пола).

В пубертатном периоде усилились инверсия половой идентификации, реакции группирования со сверстниками (предпочтение компаний мальчиков), произошло отчётливое формирование кроссдрессинга, возникла инверсная психосексуальная ориентация, которая на этом

этапе имела романтически-платонический характер, сформировались транссексуальные конфликты. К концу пубертатного периода, проходившего с задержкой и алгодисменореей, признаки инверсной половой идентификации и психосексуальной ориентации зафиксировались и начали определять весь стиль и поведение больной: петтинг с лицами одного с ней биологического и паспортного пола, что в её восприятии, однако, воспринималось «естественным»; постоянный кроссдрессинг; частые транссексуальные конфликты, сопровождавшиеся нарастающей психосоциальной дезадаптацией и возникновением антивитаальных переживаний. Замедленное формирование инверсной половой идентичности (пациентка продолжала считать себя «женщиной, но не совсем обычной, с лесбийскими наклонностями») привело к позднему и ситуационному возникновению транссексуальной установки на изменение пола. Лишь к 23 годам, получив информацию о возможности ситуации, когда «паспортный» пол не соответствует «психическому», сразу соотнесла её с собой и обратилась за разрешением на хирургическое лечение и изменение документов. Первичное обследование признаков иного психического (психотического) расстройства, «конкурировавшего» с синдромом отвержения пола, не выявило.

Заострившиеся множественные комплексные транссексуальные конфликты и нарастающая психосоциальная дезадаптация повлекли за собой формирование компенсаторного поведения, в частности, сексуальные контакты с мужчинами. Они сопровождались крайне тяжёлыми переживаниями и оценивались как морально неприемлемые.

Всё сказанное позволяет считать, что к 25–26 годам у М. полностью проявилось болезненное состояние — транссексуализм. И именно на фоне этого расстройства в 26 лет у больной остро развился парафренный психоз. Без медицинской помощи, по механизмам саногенеза, острота состояния исчезла, но больная из психотического состояния не вышла. Парафренный психоз фактически за 10 лет особой динамики не претерпел, сохраняясь на уровне первоначального синдромального образования. Особенности возникновения и динамики психоза (острота развития, отсутствие признаков синдромотаксиса, характерного для непрерывной шизофрении) позволяют отнести его к варианту затяжного приступа шубообразной шизофрении.

Обращает на себя внимание то, что после возникновения психоза стереотип развития синдрома отвержения пола не претерпел существенных изменений: окончательно завершилось формирование кроссдрессинга, инверсной психосексуальной идентичности (появились оральные сексуальные контакты), инверсной половой идентичности (длительная устойчивая связь — год в гражданском браке; направленность работы, преимущественное нахождение в мужских коллективах); яркими стали реакции мимикрии, всё более отчетливо стали проявляться аутодеструктивные тенденции и пациентка обратилась за разрешением на изменение пола.

Итак, мы оцениваем состояние больной как сочетание самостоятельных двух расстройств — женского транссексуализма (F64.0 по МКБ-10: транссексуализм) и шубообразной среднепрогредиентной шизофрении,

необорванного хронифицированного парафренно-го приступа (F 20.01 по МКБ-10: параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом).

В описанной ситуации первоочередной задачей является обрыв приступа шизофрении, при решении этой задачи особую значимость приобретет разработка

программы вторичной профилактики и реабилитации. Формально пациентка не имеет права на изменение пола, так как страдает шизофренией, что является противопоказанием для секстрасформации, в состоянии психоза больная по сути утрачивает гражданско-процессуальную дееспособность. Неформально же вопрос сохраняет свою актуальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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;18(3):32–41. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41
2. Бухановский А.О. *Транссексуализм и сходные состояния*. Ростов-на-Дону: Изд. Мини Тайп; 2016.

Информация об авторе

Солдаткин Виктор Александрович, д. м. н., доц., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия, sva-rostov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0222-3414>

REFERENCES

1. Dyachenko AV, Bukhanovskaya OA, Soldatkin VA, Perekhov AY. [Who Submits a Request to the Psychiatrist for a Gender Change: Results of a 30-Year Study]. *Psikhiatriya*. 2020;18(3):32–41. (In Russ.) DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41
2. Bukhanovskiy AO. *Transseksualizm i skhodnye sostoyaniya*. Rostov-na-Donu: Izd. Mini Taip; 2016. (In Russ.)

Information about the author

Victor A. Soldatkin, Dr. Sci. (Med.), head of Department of psychiatry, narcology and medical psychology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, sva-rostov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0222-3414>

Поступила в редакцию / Received: 29.01.2022

Доработана после рецензирования / Revised: 18.02.2022

Принята к публикации / Accepted: 24.02.2022