

Клинический случай
УДК 616.89-008.442
<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-3-67-74>

Клинический случай половой дисфории у пациента с процессуальным заболеванием

А. И. Ковалев^{1,2}, О. А. Бухановская^{1,2}, А. В. Дьяченко^{1,2}, М. А. Темирова¹

¹ Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону, Россия

² Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Автор, ответственный за переписку: Ковалев Александр Иванович, aik_psych@list.ru

Аннотация. В статье представлено современное состояние проблемы пациентов с гендерной дисфорией. Показана неоднородность клинических групп, в рамках которых встречается данный феномен. Указывается на необходимость тщательного клинического и параклинического обследований для правильного выбора дальнейшей лечебно-диагностической тактики. В качестве примера приводится клинический случай пациентки 14-ти лет, обратившейся в медицинский центр в связи с недовольством своей половой идентичностью, а также с проблемами нарастающей социальной дезадаптации, в виде самоповреждений и суицидального поведения. В процессе обследования у пациентки было диагностировано шизотипическое расстройство, в рамках которого развилась факультативная симптоматика в виде гендерной дисфории, обусловленной наличием симптомов дисморфомании в сочетании с аффективными проявлениями. Правильно выбранная терапевтическая тактика привела к стабилизации состояния пациентки и полному купированию симптомов гендерной дисфории.

Ключевые слова: гендерная дисфория, транссексуализм, шизофрения, шизотипическое расстройство

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Ковалев А. И., Бухановская О. А., Дьяченко А. В., Темирова М. А. Клинический случай половой дисфории у пациента с процессуальным заболеванием. *Медицинский вестник Юга России*. 2022;13(3):67-74. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-67-74

Clinical case of gender dysphoria in a patient with a procedural disease

A. I. Kovalev^{1,2}, O. A. Bukhanovskaya^{1,2}, A. V. Dyachenko^{1,2}, M. A. Temirova¹

¹ Phoenix Medical and Rehabilitation Scientific Center, Rostov-on-Don, Russia

² Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Corresponding author: Alexander I. Kovalev, aik_psych@list.ru

Abstract. The article presents the current state of the problem of patients with gender dysphoria. The heterogeneity of clinical groups within which this phenomenon occurs is shown. It is indicated that a thorough clinical and paraclinical examination is necessary for the correct choice of further therapeutic and diagnostic tactics. As an example, a clinical case of a 14-year-old patient who applied to a medical center due to dissatisfaction with her sexual identity, as well as problems of increasing social maladaptation, in the form of self-harm and suicidal behavior is given. During the examination, the patient was diagnosed with schizotypal disorder in which optional symptoms developed in the form of gender dysphoria due to the presence of symptoms of dysmorphic mania in combination with affective manifestations. Correctly chosen therapeutic tactics led to stabilization of the patient's condition and complete relief of symptoms of gender dysphoria.

Keywords: gender dysphoria, transsexualism, schizophrenia, schizotypal disorder

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Kovalev A. I., Bukhanovskaya O. A., Dyachenko A. V., Temirova M. A. Clinical case of gender dysphoria in a patient with a procedural disease. *Medical Herald of the South of Russia*. 2022;13(3):67-74. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-3-67-74

Актуальность

Проблема гендерной дисфории в последние годы становится всё более актуальной и резонансной. Хотя ещё несколько десятков лет назад эта тема была весьма узко профессиональной. Особенно в Советском союзе, где работы, связанные, как тогда казалось, с сексуальными девиациями, не приветствовались. Лишь в период перестройки и гласности благодаря средствам массовой информации, которые в первую очередь привлекала экзотичность тематики, данная проблема стала освещаться

более активно. Но если проанализировать имеющиеся данные, то мы увидим, что стремление некоторых людей к изменению пола корнями уходит в глубь веков, о чем свидетельствуют ряд публикаций, описывающих картину этого расстройства у исторических личностей в давние времена. А.И. Немировский (1993) в «Мифах и легендах древнего Востока» описывает мифологическое индийское божество Бшихму, который отказался сражаться с могучим воином Шикханди, так как последний родился девочкой и впоследствии сменил свой

пол. Е. В. Федорова в своей книге «Императорский Рим в лицах» (1979) описывает биографию императора Рима Вария Авитуса Бассини, которая напоминает описание транссексуализма. В историю он вошел под именем Геллоба (Элагабал). За четыре года своего правления он получил известность своими переодеваниями в женщину. «Выйдя замуж» за мужчину-раба, он обещал половину империи, если лекари смогут превратить его в женщину [1]. Но внимание ученых эта проблема привлекла не так давно. Впервые научное описание клинических случаев неодолимого стремления к ношению одежды противоположного пола было представлено в работах Френкеми в 1870 г. и Вестфала в 1870 г. [2]. Длительное время не существовало терминологической определенности в названии этого расстройства. Так, в разные годы использовались следующие термины: «metamorphosis sexualis paranoica» [3], «психический гермафродитизм» [4], «превратное ощущение своего пола», «сексуально-эстетическая инверсия», «эонизм» [5,6,7,]. Новейшая же история начинается с монографии Г. Бенджамина (1953) «Феномен транссексуализма». За истекшее время феноменологически была описана клиника транссексуализма, показана его гетерогенность. Наряду с классическими случаями транссексуализма, при котором основным его проявлением является феномен отвергания пола, получивший наиболее полное описание в работах А. О. Бухановского в 1994 г., однотипная убежденность в необходимости изменения пола имеет место при девиантном трансвестизме как одним из подростковых проявлений поло-ролевых нарушений, но без нарушения половой идентичности [8], мазахистическом аутомоносексуальном трансвестизме [9], «асексуальном» трансвестизме [10], который, по мнению А. О. Бухановского, А. Я. Перехова [11], является конечной стадией фетишного трансвестизма с синдромом отвергания пола, ядерном гомосексуализме. Таким образом, длительное изучение данной проблемы подтвердило неоднородность группы психических расстройств, для которых характерны симптомы переодевания и установки на изменение пола, что в свою очередь было зафиксировано еще в 1976 г. на Второй Международной конференции по транссексуализму, где был принят термин «Gender Dysphoria Syndrome» (синдром отвергания пола), предложенный Р. А. Wolker. В эту группу были включены транссексуализм, трансвестизм, эффеминизированный гомосексуализм и вирилизированное лесбиянство [12]. Более того, J. Money [13] отмечал коморбидность парафилий с височной эпилепсией, так как между перверсными случаями сексуального поведения и бессудорожными эпилептическими припадками имеется явное сходство [14]. Также отвергание собственного пола встречается при различных формах шизофрении: при приступообразном течении — как периодические бредовые эффеминизации или маскулинизации, при непрерывном течении — на этапе парафренизации [15], при малопрогрессирующей — как вариант вычурности эмоционально-волевой сферы или нелепого мировоззрения [16]. Однако полное свое развитие и становление установка на изменение пола имеет при транссексуализме, являясь одним из основных проявлений психосоциальной дезадаптации этого страдания, конкурируя с суицидальным поведением [11]. С учетом вышеизложенного

становится понятным рост числа обращений за сменой пола в медицинские центры в последние годы. В связи с наметившейся в последние годы тенденцией к депатологизации проблем гендерной дисфории, большое количество пациентов, страдающих теми или иными психическими расстройствами, воспринимает информацию в масс-медиа как руководство к действию, считая смену пола панацеей в решении их проблем [17].

Описание клинического случая

В марте 2021 г. в ЛРНЦ «Феникс» обратилась пациентка Г, 14 лет. В процессе обследования была выявлена наследственная отягощенность по обеим линиям: прабабушка по линии матери в преклонном возрасте страдала слабоумием, сопровождавшимся агрессивным поведением в тот период. Дядя по материнской линии, предположительно, страдает аффективной патологией (на протяжении полугода «лежал, не вставал, ничем не интересовался, пока не была назначена терапия»). У тети по линии матери, со слов близких, «психосоматические боли». Мать пациентки имеет депрессивное расстройство (выявившееся после заболевания дочери), в анамнезе тревожные состояния, сопровождавшиеся паническими атаками. Отец пациентки страдает алкоголизмом в запойной форме, но не признает наличие у себя зависимости. В стрессовой ситуации у отца проявляется заикание. Наследственность соматически отягощена по обеим линиям: бабушка по линии отца страдает мерцательной аритмией, дед по линии отца страдал аритмией, умер от онкопатологии (рак горла). Дядя по материнской линии имеет патологию щитовидной железы. У тети по линии матери диагностирована аденома гипофиза, ожирение.

В медицинский центр пациентка обратилась в сопровождении родителей с желанием изменить биологический пол.

Анамнез

Родилась от первой беременности, наступившей в возрасте матери 27 лет, отцу на тот момент было 29 лет. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания (гипертонуса матки), приёма гормональных препаратов (дюфастон), анемии, гипоксии плода, маловодия, тугого тройного обвития пуповиной вокруг шеи плода. Роды в срок путём кесарева сечения. Масса при рождении — 2950 г. Находилась на естественном вскармливании до 3-х месяцев, затем была переведена на искусственное в связи с гипогалактией у матери. До года была спокойным ребенком. Раннее психофизическое развитие соответствовало возрастным нормативам: сидеть начала в 6 мес., не ползала, со слов матери, из-за диагностированного неврологом гипотонуса, ходить начала в 12 мес., комплекс оживления был развит удовлетворительно, имели места этапы гуления и лепета, фразовая речь с 1,5 лет. В год было диагностировано сходящееся косоглазие, лечение которого успешно завершилось спустя некоторое время. Также было диагностировано плоскостопие. В 3 года после падения с кресла (без признаков сотрясения мозга) у пациентки появилось заикание. Получала лечение у неврологов, а также «лечилась народными средствами», регулярно занималась с логопедом-дефектологом. Заикание полностью удалось излечить к

7 годам. С раннего возраста отмечались страхи пауков, пчёл и ос. Детский сад посещала с 3-х лет, быстро адаптировалась. Формировалась коммуникабельной, открытой, уверенной в себе, любознательной, «развитой не по возрасту». Со слов матери, была эмоциональной, эмпатичной, ласковой, любящей тактильные контакты. Интересовалась детективными играми (разведчики, шпионы), из игрушек предпочитала только мягкие игрушки в виде любых зверей. С детства очень любила домашних животных (кошек, собак). Играла и с девочками, и с мальчиками, быстро становилась лидером. В дошкольном возрасте нравилось слушать, как мать читает книги. Сама же увлеклась самостоятельным чтением с 8 лет. С детства предпочитала больше «практичную одежду» — спортивный, позже деловой стиль. С 5 до 7 лет посещала бассейн. Когда пациентке было 7 лет, в семье появился отчим, отношения с которым сразу сложились доверительными и тёплыми. Воспитание в семье преобладало преимущественно в виде потворствующей гиперопеки. С возрастом стало проявляться больше категоричности в характере пробанда, могла устроить «истеричку, если что-то шло не по задуманному ею плану». В школу пошла в 7 лет. Адаптировалась в начальной школе быстро. Учёба давалась легко за счёт способностей, но в виду сложности с терпением и усидчивостью успеваемость пациентки была различной, из-за чего часто возникало недопонимание с отчимом, который контролировал её учебу. Пациентка принимала участие в олимпиадах, была активным учеником в классе. Со слов матери, позиция дочери была в классе авторитетной, но при этом близких друзей дочь никогда не имела: «У неё всегда было много знакомых, приятелей, но вот близкого друга не было никогда». С 7 лет увлеклась игрой в приставку, сбором 3D-пазлов, конструктором «Лего». Внешне была высокой, стройной девочкой с длинными волосами, которые не разрешала подстригать, просила маму заплетать косички. С 4-го класса ходила в школу с распущенными волосами. В школу предпочитала носить «строгий стиль»: костюм (брюки/юбка и пиджак), облегающая рубашка, брошь на пиджаке. Носила украшения — серьги, неяркие заколки. Обувь, как и одежду, предпочитала практичную (спортивную, удобную), но и от туфель на небольшом каблучке не отказывалась. С 11 лет стала осознанно заниматься английским языком, которым в настоящее время владеет на высоком уровне. В 2016 г. (в 10 лет) в семье родился второй ребенок, к рождению которого в целом отнеслась хорошо, но ревность всё же проявляла. Стала больше времени проводить с братом, когда тот стал подрастать. В 5-м классе произошло реформирование классов с целью дифференцированного разделения в зависимости от степени успеваемости. Попала в «сильный» класс. Со слов матери, адаптация прошла сложнее, чем в более раннем возрасте, но «достаточно гладко». Успеваемость оставалась прежней. Лет с 11–12-ти периодически стали возникать определенные интересы. Например, появилась заинтересованность в японской культуре. Могла подражать вплоть до «перевоплощения» в того или иного героя. Тогда же увлеклась музыкой (тяжёлый рок, металл), много времени проводила в наушниках, «погружаясь в музыкальное произведение

с головой». С этого времени «стала обращать внимание на цифры, придавая им особые значения». Пациентка считает, что с 12–13-ти лет стала более эмоциональной, импульсивной, раздражительной. В тот же период стала конфликтовать с отчимом. Считает, что это было связано с тем, что до 12-ти лет не имела своего мнения, а после стала отстаивать свою точку зрения. Примерно с 12–13-ти лет стала увлекаться книгами по психологии, антиутопиям, медицине, очень много читала. С 13-ти лет стала сутулиться больше («с целью скрыть грудь»), по этой же причине не хотела посещать физкультуру. С 13-ти лет мать стала отмечать у дочери колебания настроения, но не придавала этому большого значения, так как дочь всегда была очень эмоциональной, импульсивной, связывала изменения с наступившим подростковым возрастом. Позже стала отмечать, что пациентка периодически менее активна, а спустя время бывают периоды, наоборот, «перевозбуждения», активности. Весной 2019 г. пациентка была на плановом обследовании у кардиолога-аритмолога, который некомпетентно высказался о прогнозах имеющейся кардиологической проблемы. Пациентка отреагировала очень агрессивно прямо у доктора в кабинете, чего ранее никогда не отмечалось. С того периода появился «страх за свое здоровье», вспышки агрессии участились. Летом 2019 г. увлеклась программированием, но интерес сохранялся недолго (со слов матери, был поверхностным). Со слов пациентки, летом 2019 г. впервые испытала симпатию к девушке в виде платонической влюбленности. В августе 2019 г. была в поездке с родителями и младшим братом в Крым, где купалась в купальнике, не стеснялась своей внешности, ходила с распущенными волосами, настроение было хорошим. По возвращении из поездки на фоне переживаний за здоровье младшего брата сама заболела ангиной, протекавшей в тяжёлой форме. После у пациентки стали эпизодически появляться нарушения сна в виде бессонницы. Описывает пробуждение от «панических атак», о которых не говорила родителям: «невероятно сильно ощущение страха, нехватки воздуха, потребность найти самое холодное место в доме». В 7-м классе (сентябрь, 2019 г.), со слов матери, на линейку пациентка пошла в школу с бантами на голове. При этом сама пациентка, уже с того периода описывает свое поведение и стиль более «мужскими» или «близкими к унисекс», из-за чего периодически в школе возникали конфликты со сверстниками. Но после состоялась дружба пациентки с главным «хулиганом школы», что, по её словам, защитило её от нападков со стороны девочек. Продолжала фанатично увлекаться музыкой, которая, с её слов, «позже вытащила ее из депрессии». Отмечает, что в тот период в состоянии снизился фон настроения, появились плаксивость, раздражительность, эпизодические «компульсивные переживания». В тот же осенний период стала наносить порезы на руки и тело из-за конфликтов с родителями по поводу учёбы с целью облегчения морального самочувствия. Неоднократно просила родителей обратиться к психологу/психотерапевту. С января 2020 г., после выхода на учёбу, отметила, что появились трудности с усвоением материала («стало тяжелее учиться, стало тяжелее думать»), из-за чего снизилась успеваемость, настроение преимущественно

было подавленным (родители в тот период длительно сниженного настроения не отмечали, видели эмоциональные колебания). С этого периода стала говорить о себе в компании сверстников в мужском имени. Поняла, что так чувствует себя комфортнее. В конце февраля 2020 г., со слов пациентки, появился воображаемый друг «Майк», которого пациентка видела и слышала. Тогда же стала видеть кошмарные сновидения, в этих снах убивала людей, в том числе близких. Не понимала, что с ней происходит, стала увлекаться криминалистикой, читала очень много информации о маньяках, их изощрённых способах убийств. Создала свой телеграм-канал, в котором выкладывала изученную информацию. Весной 2020 г. стала носить толстовку с курткой с целью скрыть грудь. С весны 2020 г., со слов матери, дочь стала проповедовать толерантность к сообществам-меньшинствам. Но тогда же ещё «активно жила жизнью класса», советовалась с матерью. Жаловалась матери на трудности с засыпанием, был самостоятельно назначен прием персена, без особого эффекта. Сны снились повторяющиеся, кровавые. Стала отмечать достаточно часто эпизоды дежавю. В тот же период впервые поделилась с матерью историей дочери известной актрисы, проходящей гормональную терапию с целью смены пола. Не получив поддержки от матери, стала недовольной, раздражительной, грубой, подавленной, не шла на контакт с близкими. В апреле 2020 г. пациентка рассказала матери про воображаемого друга, который стал её лучшим другом, поддерживал и понимал, обнимал и гладил по голове, приходил ежедневно, но только тогда, когда дочь находилась одна в комнате. Обратились к психотерапевту, была диагностирована депрессия с психотическими симптомами, назначена терапия (гидроксизин гидрохлорид, рисперидон, глицин форте, сертралин). Спустя две недели врачу призналась, что не ощущает себя девочкой. На фоне терапии отмечалась положительная динамика: настроение становилось лучше, «воображаемый друг» больше не появлялся, сон стал лучше, аппетит был прежним. На очередной встрече рассказала врачу о своих планах: о переезде в другую страну, где отношение к проблемам трангендерности более толерантное и где будет проще осуществить «переход». Были увеличены дозы рисперидона и сертралина. После родители стали замечать, что пациентка стала более раздражительной, слишком много стала говорить («её было прям много»). В конце апреля 2020 г. подстриглась: «Мне надоело волосы, я хотела измениться». Родителей этот поступок очень насторожил, так как дочь всегда болезненно к этому вопросу относилась, но дали согласие. В тот же период сняла с себя нательный крест, перестала носить серьги, украшения. В мае 2020 г. стала менять своё поведение: сменила стиль одежды, стала занижать голос, стала еще больше сутулиться, так как была довольна своими внешними изменениями. С конца весны 2020 г. в социальных сетях стала представляться Борисом Повляковским («прочла Щеглова и воодушевилась»). Летом 2020 г. устроилась в ресторан отчима раннером, куда ходила с большим удовольствием. В тот период работала полную смену, сон сокращался, не уставала, «летела на работу с удовольствием», легко сходилась

с людьми, быстро запоминала информацию, увлекалась различными музыкальными направлениями. Свободное время проводила с друзьями, катаясь на велосипеде. Увлекалась игрой на гитаре, стала посещать репетитора по обучению игре. Приобрела электронную книгу. Мемархе в августе 2020 г., цикл установился регулярный. В тот же период состоялась поездка с семьёй на море в Крым. Там нанесла себе поверхностные самоповреждения кухонным ножом на фоне незначительного конфликта с близкими. В поездке носила исключительно футболки большого размера (5XL), шорты спортивные, унисекс. Когда шла на море, на слитный купальник надевала шорты, а после купания — футболку. По возвращении из Крыма стала наносить на тело андрогель, но через неделю прекратила, так как переживала, что это навредит и помешает в будущем гормональной терапии. Кроме того, переживала, что гель, имея сильный спиртовой запах, может быть замечен близкими. В сентябре 2020 г. школу посещала без желания («Почему? Зачем это надо?»). Форму для школы приобретала поначалу самостоятельно, в мужских магазинах, но не смогла выбрать подходящие размеры. В тот период призналась девочке в своих чувствах, та ответила отказом, но, не отчаявшись, стала встречаться с другой. Со слов пациентки, тогда повысился аппетит, были частые пробуждения среди ночи, чувство отдыха после сна отсутствовало, наносила себе повреждения («казалось, что жизнь закончилась, родители не принимают»). Задавала вопрос о смысле жизни. В начале октября 2020 г. требовала от родителей называть её Сашей в категоричной форме: «Ты меня ненавидишь, если ты не можешь пойти на это». Заявляла, что ей не нравится все феминное. Отмечались резкие перепады настроения, раздражительность, плаксивость, нарушенный сон. Стала во время прогулок носить с собой нож. Со слов матери, были два–три эпизода, когда дочь была с самого утра вялой, неадекватной в поведении, очень бледной, с невнятной речью, шаткой походкой, гипотонией (60/40 мм рт. ст.), обращались к кардиологу. Позже призналась матери, что принимала феназепам до 6-ти таблеток в сутки «с целью забыться». Также пациентка хотела принять но-шпу, так как узнала, что при имеющейся у нее АВ-блокаде этот препарат принимать нельзя — хотела умереть. 14 октября пришла в школу в мужских трусах, пиджаке, чёрных джинсах, ощущала «выраженную уверенность в себе». Вернувшись из школы, совершила незавершённую суицидальную попытку, «выпив лекарства». Была госпитализирована в реанимацию, где поведение было неадекватным: кричала, нецензурно бранилась, была расторможена, на руке было обнаружено много порезов. Затем поступила в психиатрическое отделение ФГБНУ НЦПЗ, где находилась с 15.10.2020 г. по 24.11.2020 г. с диагнозом «Другие шизоаффективные расстройства F 25.8». Психический статус при поступлении — «Охотно идет на беседу, садится на предложенный стул. Ориентирована всесторонне верно. Фон настроения приподнят. Гипомимична, мимика лишена детской живости. Глазной контакт нестойкий. Монологична, сама рассказывает о себе, не требует уточняющих вопросов. Высказывания непоследовательны, амбивалентны. Говорит о себе в мужском роде, называет себя

Сашей в честь папы, Борисом, «трансом», открыто говорит, что пришла «с носком в трусах», без него испытывает «гендерную дисфорию», по секрету сообщает, что в тайне от родителей принимает тестостерон. С порога сообщает о собственных интересах, охвачена темой серийных убийц, неоднократно повторяет имя Джеффри Даннер, «половая психология как отклонение считает то, что делают такие маньяки, как... а мне интересны те, кто убивал мужчин, это аномально, а значит, мне интересно». Планирует создать телеграм-канал на соответствующую тематику. С воодушевлением относится к госпитализации, мечтает познакомиться здесь с людьми со схожими интересами. Путано описывает обстоятельства, приведшие к суицидальной попытке, высказывает различные причины: «хотела умереть, но предварительно словить галлюцинации, выпив феназепам, но феназепам не привезли», «не хотела умереть, просто сильно отравиться». Подтверждает наличие суицидальных идей: «надо обязательно сдохнуть», одновременно заявляет: «Я не хочу умирать раньше времени, я хочу сначала отрастить бороду». Также рассказывает: «Мне кажется, что у меня две личности, и они между собой контактируют — Эмерсон и Борис, Эмерсон + Борис = Саша», «ранее был воображаемый друг Майк, но его убрал рисоплепт». Критики к состоянию нет». В больнице представлялась Сашей, в социальных сетях — Александром Фёдоровым. Была выписана планово, в связи со стабилизацией состояния. Было рекомендовано продолжить лечение: галоперидол 9 мг/сут, бипериден 6 мг/сут. Препараты принимала исправно, под контролем родителей. После выписки стала быстро истощаться после общения, возвращалось прежнее состояние: перепады настроения, раздражительность, актуальность идеи смены пола не менялась. Резко повысился аппетит, набрала вес. Стала обучаться дистанционно («я не пойду в школу, мне там плохо»), без особой инициативы. Продолжались конфликты с отчимом по поводу учёбы, с другими членами семьи по поводу бытовых разногласий. Большую часть времени проводила дома, в социальных сетях, перестала выходить на улицу, ни с кем не общалась, стала замкнутой, очень стеснительной. Планировала заняться изучением китайского языка. Стала посещать тренажёрный зал после долгих уговоров. Через некоторое время заниматься понравилось. Любые фразы в свой адрес воспринимала «узконаправленно», полагая, что к ней не так относятся.

Соматический статус

Нормостенического телосложения, повышенного питания. Кожа и видимая слизистая бледно-розовые. На предплечьях обеих рук множественные следы от порезов, в том числе несколько келоидных рубцов. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. ЧДД — 18 в 1 мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. ЧСС = 80 в 1 мин. АД — 96/65 мм рт. ст. Язык влажный, чистый, розовый. Живот мягкий, безболезненный. Печень — у края рёберной дуги, при пальпации безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Неврологический статус

Походка обычная. ЧМН — рассеянная микроорганическая симптоматика. Реакция зрачков на свет живая, содружественная, D = S. Патологии в чувствительной и двигательной сферах не выявлено. В позе Ромберга слегка пошатывается. Координационные пробы выполняет с незначительным промахиванием с обеих сторон.

Психический статус

В кабинет вошла по приглашению, в сопровождении матери. Внешне одета опрятно, но неухоженно. Волосы короткие, растрёпанные. Одежда большого размера, спортивного стиля, унисекс. Избегает длительного зрительного контакта с врачом. На лице отсутствует макияж. Речь невнятная. Рассказывает, что родители её не понимают, так как она хочет сменить пол на мужской: «Я хочу подкорректировать пол, я считаю себя мужчиной, у меня мужская психология, мужские увлечения, мне нравятся девушки». Считает, что неуверенность в себе кроется в «женском поле». По её мнению, понятие корректировки пола включает прием гормональной терапии, удаление грудных желёз. Планирует убрать грудь, коротко подстричься, изменить тембр голоса, «нарастить растительность на теле», купить мужскую одежду. По поводу фаллопластики ещё не решила, так как её знакомый трансгендер «не считает, что это нужно». Недовольна своим лицом («оно женское»), ногами («они целлюлитные, а у мужчин его не бывает»), голосом («он высокий»). Предъявляет жалобы на апатию, лень, нежелание ничего делать, сниженное настроение, вялость, сонливость, заторможенность. С трудом выполняет гигиенические мероприятия, нерегулярно. Убедена, что больше не испытывает чувств к родителям и близким. Признается, что её посещают суицидальные мысли. Высказывает, что на улице чувствует себя некомфортно из-за взглядов людей: «Кажется, что люди воспринимают меня странно, что я урод, не только внешне, но и моральный урод». Критика к своему состоянию значительно снижена, при этом дает согласие на лечение в ЛРНЦ «Феникс».

Заключение по результатам

патопсихологического обследования (от 02.04.2021)

Таким образом, в результате экспериментально-психологического исследования выявляется снижение сенсомоторного темпа с тенденцией к истощению, значимое снижение процесса селективности и концентрации внимания в условиях перегрузки зрительного анализатора в связи с искажением мотивационной сферы, признаки нарушения операциональной стороны мышления в виде искажения процесса обобщения по типу актуализации несущественных признаков. Особое внимание следует обратить на аффективно-личностную сферу, где обнаруживается клинически значимый уровень как тревожной, так и депрессивной симптоматики; выявляются признаки эмоциональной и личностной дезинтеграции. В психологической картине на первый план выходят сенситивно-шизоидные черты, в системе отношений преобладают черты женственности. Также выявляется отсутствие чётко разделённых представлений о гендерных различиях мужской и женской роли, в психологическом профиле обнаруживается не преобладание гендерно-стереотипных

черт, а андрогинность. Основной механизм психологической защиты — «Интеллектуализация». Ведущая копинг-стратегия «Бегство-избегание» является условно дезадаптивной. С учётом анамнестических сведений и данных, полученных в ходе исследования, выявляются признаки формирования шизофренического патопсихологического симптомокомплекса.

ЭЭГ (от 26.03.2021 г.): основной ритм соответствует возрастной норме. Лёгкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Во время всего исследования значимой межполушарной асимметрии, типичной эпилептиформной активности, паттернов эпилептических приступов, эпилептических приступов не зарегистрировано.

ЭКГ (от 19.03.2021): ритм синусовый с ЧСС = 96 уд./мин. Единичная наджелудочковая экстрасистола с аберрантным проведением.

ОАК (от 28.07.2021): Лимфоциты 38,9 (выше референсных значений); все остальные показатели в пределах нормы.

Были проведены гормональные, биохимический анализы крови, по множественным показателям не выявившие патологии.

УЗИ щитовидной и паращитовидной желёз, заключение (07.04.2021): мелкие кисты обеих долей щитовидной железы.

Проведено следующее лечение:

1. Детоксикационная терапия — тиосульфат натрия, реамберин.
2. Метаболическая, ноотропная, антиоксидантная терапия — нейрокс, кардионат, панангин, цитофлавин, пикамилон.
3. Нейролептики — галоперидол (до 4,5 мг/сут.), кветиапин (до 850 мг/сут.), трифлуоперазин (до 8,75 мг/сут.), кариразин (до 6 мг/сут.).
4. Нормотимики — карбонат лития (до 750 мг/сут.).
5. Корректоры ЭПС — бипериден (до 6 мг/сут.).
6. Транквилизаторы — диазепам (в/в капельно 2,0 мл/сут.), клоназепам (до 0,5 мг/сут.), гидроксизин гидрохлорид (до 43,75 мг/сут.).
7. Психотерапия.

Результаты лечения

На фоне проводимой терапии была достигнута значительная положительная динамика: настроение вернулось к эутичному, ушли раздражительность, плаксивость, конфликтность, агрессивность, суицидальные мысли. Тревожность, заикленность на цифрах, другие страхи, беспокоящие пациентку, нивелировались. Пациентка вновь вернулась к обучению языкам, появились новые увлечения, стала более коммуникабельной и уверенной в себе. Говорит о себе в женском роде, в социальных сетях и в жизни представляется женским полом. Внешне опрятна и ухожена, следит за своим внешним видом, посещает салон красоты регулярно. Критика к своей болезни сформировалась.

Клинический разбор

На основании жалоб пациентки, анамнестических сведений и с помощью клинико-психопатологического

метода была выявлена наследственная отягощённость (прабабушка по линии матери в преклонном возрасте страдала слабоумием, дядя по материнской линии, предположительно, страдает аффективной патологией, мать пациентки — депрессивным расстройством, отец — хроническим алкоголизмом). Несмотря на лёгкую перинатальную патологию, раннее психо-физическое развитие соответствовало возрастным нормативам. Пациентка характерологически в преморбиде отличалась коммуникабельностью, активностью, амфилией и амфисоциальностью, была достаточно эмпатичной, но глубоких дружеских отношений не выстраивала. С раннего возраста поведение соответствовало стандартным феминным критериям. Заболевание начинается в пубертатном возрасте с инициального этапа, когда в рамках начавшегося пубертатного периода наряду с набором стандартных подростковых реакций стали отмечаться отдельные абстрактные идеаторные симптомы («стала обращать внимание на цифры, придавая им особые значения»). Примерно с 13-ти лет появляется клинически очерченная дисморфоманическая симптоматика (сутулится, скрывая появившуюся грудь, избегает посещения уроков физкультуры, надевает свободную одежду). Заостряются протестные формы поведения и оппозиционность. Появляющаяся неврозоподобная симптоматика носит полиморфный характер (возникают нарушения сна с гомицидными переживаниями, транзиторные панические атаки, самоповреждения и компульсивные переживания). После объективизации аффективной симптоматики в виде дистимии в структуре заболевания постепенно появляются квазипсихотические эпизоды. В дальнейшем аффективная симптоматика принимает фазное течение с последующей инверсией сторону гипомании, а затем смешанного состояния. Нарастающая дезадаптация проявляется в переживаниях, самоповреждениях и парасуицидальных попытках. Как следствие, на основе дисморфоманической симптоматики появляются признаки половой дисфории и начинает формироваться транссексуальная установка на изменение пола как единственного способа разрешения её «психологических» проблем в рамках реакции гиперкомпенсации. Появившейся полоролевой кросс-дрессинг проявляется несколько утрированно. Декларация трансгендерной установки носит размытый, неопределённый характер. Особо необходимо отметить наметившейся личностно-характерологический дрейф в сторону сензитивно-шизоидных черт. Проведённое экспериментально-психологическое исследование выявило специфические структурные нарушения мышления в виде искажения процесса обобщения по типу актуализации несущественных признаков. При этом чётко разделённых представлений о гендерных различиях мужской и женской роли в полоролевом профиле не обнаруживается.

Таким образом, учитывая вышеизложенный синдромокинез в данном клиническом случае в рамках нозологического подхода речь необходимо вести о шизоаффективном варианте шубообразной шизофрении, в рамках которой псевдотранссексуальная установка является факультативной. Но, с позиций МКБ-10, клинических данных для установления диагноза шизофрении или шизоаффективного расстройства недостаточно. В данной

дименсиональной классификационной парадигме есть основания для выставления диагноза шизотипического расстройства в сочетании биполярным эффективным расстройством.

Проводимая психофармакотерапия стабилизировала состояние пациентки и, как следствие, полностью редуцировалась транссексуальная установка на изменение пола.

Заключение

Данный клинический случай показывает, что пациенты, обращающиеся за медицинской помощью с просьбой об изменении пола, требуют тщательного клинического, психологического и параклинического обследования. В противном случае диагностическая ошибка может привести к необратимым последствиям и усугубить течение основного психического расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Green R., Money J., eds. *Mythological, historical and cross cultural aspects of transsexualism. Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: J. Hopkins; 1969.
2. Ellis H., Symonds J.A. *Das Kantrare geschlechtsgefuhl*. Leipzig; 1896.
3. Крафт-Эбинг Р. *Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства*. Пер. с нем. М.: Республика; 1994.
4. Bloch I. *Die Perversen*. Berlin; 1905.
5. Ellis H. *Die Krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissoziativer Grundlage*. Wurzburg; 1907.
6. Ellis H. *Studies in the Psychology of Sex. Vol. 2. Sexual Inversion*. Philadelphia; 1915.
7. Ellis H. In: *Studies in the Psychology of Sex*. New York; 1936.
8. Васильченко Г.С. *Частная сексопатология. Руководство для врачей*. М.; 1983.
9. Stoller R.J. The term. «transvestism». *Arch. Gen. Psychiat.* 1971;24:230-237.
10. Wise TN, Fagan PJ, Schmidt CW, Ponticas Y, Costa PT. Personality and sexual functioning of transvestitic fetishists and other paraphilics. *J Nerv Ment Dis.* 1991;179(11):694-8. DOI: 10.1097/00005053-199111000-00008.
11. Бухановский А. О. *Транссексуализм и сходные состояния*. Монография. Ростов-на-Дону; 2016.
12. Walker P.A. *Transsexualism. Sex and the life cycle*. New York - San Francisco: Grune and Stratton; 1976.
13. Money J. Forensic sexology: paraphilic serial rape (biastophilia) and lust murder (erotophonophilia). *Am J Psychother.* 1990;44(1):26-36. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1990.44.1.26.
14. Ткаченко А.А. *Аномальное сексуальное поведение*. М.; 1997.
15. Caldwell C, Keshavan MS. Schizophrenia with secondary transsexualism. *Can J Psychiatry.* 1991;36(4):300-1. DOI: 10.1177/070674379103600412.
16. Исаев Д.Д. О сексуальных девиациях и перверзиях при шизофрении, психопатиях и олигофрении у подростков мужского пола. *Журнал невропатологии и психиатрии*. 1987;10:1522—1527.
17. 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

REFERENCES

1. Green R., Money J., eds. *Mythological, historical and cross cultural aspects of transsexualism. Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: J. Hopkins; 1969.
2. Ellis H., Symonds J.A. *Das Kantrare geschlechtsgefuhl*. Leipzig; 1896.
3. Kraft-Ebing R. *Sexual psychopathy, with special attention to the perversion of sexual feeling*. Translated from German. Moscow: Republic; 1994. (In Russ).
4. Bloch I. *Die Perversen*. Berlin; 1905.
5. Ellis H. *Die Krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissoziativer Grundlage*. Wurzburg; 1907.
6. Ellis H. *Studies in the Psychology of Sex. Vol. 2. Sexual Inversion*. Philadelphia; 1915.
7. Ellis H. In: *Studies in the Psychology of Sex*. New York; 1936.
8. Vasilchenko G.S. *Private sexopathology. A guide for doctors*. Moscow; 1983. (In Russ).
9. Stoller R.J. The term. «transvestism». *Arch. Gen. Psychiat.* 1971;24:230-237.
10. Wise TN, Fagan PJ, Schmidt CW, Ponticas Y, Costa PT. Personality and sexual functioning of transvestitic fetishists and other paraphilics. *J Nerv Ment Dis.* 1991;179(11):694-8. DOI: 10.1097/00005053-199111000-00008.
11. Bukhanovsky A. O. *Transsexualism and similar states*. Monograph. Rostov-on-Don; 2016. (In Russ).
12. Walker P.A. *Transsexualism. Sex and the life cycle*. New York - San Francisco: Grune and Stratton; 1976.
13. Money J. Forensic sexology: paraphilic serial rape (biastophilia) and lust murder (erotophonophilia). *Am J Psychother.* 1990;44(1):26-36. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1990.44.1.26.
14. Tkachenko A.A. *Abnormal sexual behavior*. Moscow; 1997. (In Russ).
15. Caldwell C, Keshavan MS. Schizophrenia with secondary transsexualism. *Can J Psychiatry.* 1991;36(4):300-1. DOI: 10.1177/070674379103600412.
16. Isaev D.D. About sexual deviations and perversions in schizophrenia, psychopathies and oligophrenia in male adolescents. *Journal of Neuropathology and Psychiatry*. 1987;10:1522-1527. (In Russ).
17. Dyachenko A.V., Bukhanovskaya O.A., Soldatkin V.A., Perekhov A.Ya. Who turns to a psychiatrist with a request for a sex change: the results of a 30-year study. *Psychiatry*. 2020;18(3):32-41. (In Russ). DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41

Информация об авторах

Ковалев Александр Иванович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; врач-психиатр детский, ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону, Россия, aik_psych@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6412-020X>

Бухановская Ольга Александровна, к. м. н., главный врач ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону, Россия, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия, olgabux@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0962-4755>

Дьяченко Антон Васильевич, врач-психиатр ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону, Россия, аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовский государственный медицинский университет Ростов-на-Дону, Россия, avddoc@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6050-8215>

Темирова Мария Александровна, врач-психиатр ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», Ростов-на-Дону, Россия, marrykei@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4654-9336>

Вклад авторов

А. И. Ковалев, О. А. Бухановская — разработка плана обследования пациента;

М. А. Темирова, А. В. Дьяченко — получение и анализ полученных результатов обследования;

А. И. Ковалев — написание текста статьи;

А. В. Дьяченко, А. И. Ковалев — обзор публикаций по теме статьи.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Information about the authors

Alexander I. Kovalev, Assistant Professor of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, children's psychiatrist, "Phoenix Medical and Rehabilitation Scientific Center", Rostov-on-Don, Russia, aik_psych@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6412-020X>

Olga A. Bukhanovskaya, PHD, Chief Physician, "Phoenix Medical and Rehabilitation Research Center", Rostov-on-Don, Russia. Assistant Professor of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, olgabux@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0962-4755>

Anton V. Dyachenko, psychiatrist, "Phoenix Medical and Rehabilitation Scientific Center", Rostov-on-Don, Russia. post-graduate student of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Rostov State Medical University Rostov-on-Don, Russia, avddoc@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6050-8215>

Maria A. Temirova, psychiatrist, "Phoenix Medical and Rehabilitation Scientific Center", Rostov-on-Don, Russia, marrykei@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4654-9336>

Authors' contribution

A. I. Kovalev, O. A. Bukhanovskaya — development of a patient examination plan;

M. A. Temirova, A. V. Dyachenko — obtaining and analyzing the results of the survey;

A. I. Kovalev — writing the text of the article;

A. V. Dyachenko, A. I. Kovalev — review of publications on the topic of the article.

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / Received: 14.05.2022

Доработана после рецензирования / Revised: 16.06.2022

Принята к публикации / Accepted: 17.08.2022