

УДК 616.89-008.442.36

## **СЛУЧАЙ ШИЗОФРЕНИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С БРЕДОМ ПОЛОВОГО МЕТАМОРФОЗА**

**А.В. Дьяченко<sup>1,2</sup>, О.А. Бухановская<sup>1,2</sup>, А.Я. Перехов<sup>2</sup>,  
В.А. Солдаткин<sup>2</sup>, А.А. Сидоров<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС»,  
Ростов-на-Дону,*

*<sup>2</sup>Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО  
«Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону*

В феврале 2011 года на амбулаторный прием в ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС» обратился пациент М., 22 лет, с целью получения разрешения на изменение пола. Пациент сообщил о существующем с детского возраста недовольстве собственным телом (в особенности – гениталиями), наличии гомосексуального влечения, стремления иметь женскую внешность и позиционировать себя в обществе в качестве женщины. Был принят в Центр для проведения обследования.

*Анамнез.* Наследственность отягощена случаями алкогольной зависимости у мужчин со стороны обоих родителей.

Родился от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания во втором триместре. Роды естественные, в срок, осложненные слабостью родовой деятельности, механической асфиксией плода. Масса при рождении составляла 4100 г. Грудь брал неохотно, вес набирал медленно до перевода на искусственное вскармливание в возрасте 4–5 мес. Дальнейшее физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. До 9 лет страдал энурезом.

По характеру формировался впечатлительным, ранимым, мечтательным ребенком. Испытывал потребность во внимании, признании со стороны окружающих. Предпочитал активные игры в компании мальчиков. В кругу сверстников к лидерству не стремился, но испытывал потребность в признании и уважении. По этой причине избегал участия в соревновательных играх, так как, проигрывая, обычно подвергался насмешкам со стороны сверстников, что воспринимал болезненно. С детства, испытывая позыв к дефекации, намеренно задерживал опорожнение в течение нескольких минут, что объясняет «приятным ощущением наполненности прямой кишки».

До 13 лет рос в структурно и функционально полной семье, состоявшей из отца, матери и старшей сестры, разница в возрасте с которой составляла 5 лет. Воспитание происходило в стиле доминирующей гиперпротекции в условиях эмоционального отвержения: скрытого – со стороны матери и явного – со стороны отца. С 13 лет, после развода родителей, воспитывался матерью.

В 1996 году (7 лет) пошел в школу подготовленным. Учился хорошо. Испытывал трудности общения. Со стороны одноклассников пациент подвергался насмешкам. Стремился к избеганию конфликтов. Уступая в конфронтации, испытывал злость на себя за то, что позволяет унижать себя. В период обучения в начальных классах учительница, заметив, что пациент во время урока беседовал с девочкой, высмеяла его в присутствии одноклассников. Мальчик при этом испытал выраженное смущение и стыд. В дальнейшем, стал избегать публичного общения с девочками. В период обучения во втором классе школы услышал от сверстников несколько ругательных вариаций слова «гомосексуалист». На основании объяснений одноклассников значения этих слов, пришел к умозаключению, что его ранимость и неспособность постоять за себя, страх перед агрессией являются признаками гомосексуализма. Возник страх того, что одноклассники смогут узнать о его переживаниях («По глазам, или по поведению»). Боялся усиления насмешек. Мысли о собственной гомосексуальности стали возникать помимо воли, были неприятны и сопровождалась внутренним напряжением и сопротивлением.

Пубертат с 12 лет. Настроение в этот период снизилось. Стал менее инициативен, более утомляем. Испытывал апатию, чувство безысходности. Стал избегать встреч со знакомыми детьми на улице, боясь проявления агрессии в свой адрес. В этом возрасте

возникло недовольство внешностью: не нравились фигура («Слишком худой... Плечи тощие... лицо детское»).

Мастурбация с 12 лет. С интересом смотрел гетеросексуальные эротические сцены в художественных фильмах, которые возбуждали, провоцировали мастурбацию. Сообщает, что испытывая сексуальные фантазии, чувствовал страх того, что родители по его внешности или поведению «догадаются», о чем он думает. Непосредственно перед семяизвержением возникал «страх, что душа выйдет из тела». После мастурбации испытывал чувство вины («Иногда возникала мысль, что во мне сидит демон, заставляющий мастурбировать»). Появилась фиксация на переживаниях, связанных с половым членом. Периодически во время мастурбации чувствовал жжение в области головки полового члена. При этом помимо воли возникал страх, что он болен «чем-то», что в половом члене имеется «какая-то полочка». Эти переживания сохранялись до 15 лет. Когда возникала эрекция, испытывал внутреннее напряжение, страх того, что это могут заметить окружающие. Болезненно переносил насмешки матери, замечавшей утреннюю эрекцию. Спустя некоторое время страх возникновения эрекции стал испытывать даже в одиночестве. Возникло недовольство внешним видом и размером собственных гениталий («Мошонка сморщенная, некрасивая... член слишком большой»). С 13 лет стал носить трусы на 1–2 размера меньше с целью «визуального уменьшения размера полового члена». Против воли фиксировал внимание на области промежностей окружающих его мужчин и юношей. При этом испытывал выраженный стыд, чувство вины, страх того, что это может быть замечено. Возникающие при этом мысли о собственной гомосексуальности имели контрастный характер, сопровождалась выраженным напряжением, злостью на самого себя.

С подросткового возраста стал чаще подвергаться вербальной и физической агрессии в коллективе сверстников. Часто слышал в свой адрес разнообразные оскорбительные вариации слова «гомосексуалист». На этом фоне появились фантазии на тему сексуальных унижений, принуждения к вступлению в гомосексуальную связь в пассивной роли. Сообщает, что такое мнимое («контролируемое») унижение субъективно представлялось ему более предпочтительным, чем действительное. Способствуя переключению внимания с неблагоприятных событий действительности, фантазии об изнасиловании стали сопровождаться приятным чувством психической релаксации. Героя фантазий наделял подчеркнуто мужественными чертами («Высокий, с обильным оволосением на груди, возможно, кавказской внешности»). Находясь в одиночестве, с целью усиления релаксации стал вводить палец внутрь анального отверстия («мастурбировал»).

В 2004 году (15 лет), получив основное общее образование, поступил в технический колледж.

Стал объектом открытых оскорблений (различные бранные вариации слова «гомосексуалист»), насмешек и словесных издевательств со стороны одноклассников. По прошествии месяца учебы перестал посещать занятия. Возникли безрадостность, подавленность, тоска. Испытывал чувство «пустоты», «холода» за грудиной, тревогу, чувство вины, неприязни к себе, на высоте которых возникала инспираторная одышка. После вмешательства матери, издевательства прекратились. Пациент вернулся к учебе. На этом фоне эмоциональное состояние несколько улучшилось. Сохранялась общая тревожность, чувство угрозы при нахождении в коллективе одноклассников. Стал испытывать ощущение, что окружающие смеются над ним за его спиной. В нейтральном разговоре сверстников «слышал» свою фамилию, «догадываясь» при этом, что разговор ведется в насмешливой или оскорбительной форме.

В возрасте 16 лет возник интерес к религии. Начал посещать церковь, соблюдал пост, «стремился быть православным человеком». Читая церковную литературу, размышлял о том, что гомосексуализм, по мнению церкви, являются грехом. На этом фоне возник страх «попасть в ад». Стал интенсивно молиться с целью преодоления внутреннего напряжения.

В течение следующих 2–3 лет участились гомосексуальные фантазии, в которых представлял себя в качестве пассивного партнера. Гомосексуальный контакт представлял актом собственного унижения, наказания за неспособность «контролировать свою жизнь». Отношение к этим фантазиям было амбивалентным: с одной стороны, пациент считал подобное поведение недопустимым и унижительным, с другой – фантазии об этом способствовали избавлению от тревоги и апатии.

Весной 2008 года (19 лет) состояние изменилось. Возникла нестабильность настроения с частыми сменами периодов эмоциональной подавленности с тоской, адинамией, суицидальными идеями продолжительностью 1–7 дней и периодов эмоциональной возбужденности с импульсивностью, ускорением темпа мышления, тревожностью, внутренним напряжением, резким усилением гомосексуальных мыслей продолжительностью 1–3 дня. Стали возникать случаи сногворения, несколько раз громко кричал во сне. Периодически испытывал «пустоту в голове», чувство остановки мыслительного процесса. В этот период, находясь в состоянии эмоциональной возбужденности, вступил в роли пассивного партнера в гомосексуальный контакт с незнакомым человеком. Идеи виновности, греховности не испытывал. В течение весны имел сексуальные связи с семью малознакомыми мужчинами поочередно. Каждый раз инициативу к контакту проявляли мужчины. Все встречи были однократные. Пациент не испытывал сексуального удовольствия

от этих контактов, вступал в них для преодоления внутреннего напряжения и интенсивных навязчивостей. («Было в этом что-то насильственное»).

К лету 2008 года настроение выровнялось. Однако сохранялась тревожность, мнительность, пассивность. Гомосексуальные фантазии стали значительно менее интенсивными, были контролируемы пациентом. Поведение не нарушалось. В тот же период после успешной сдачи вступительных экзаменов поступил в вуз.

Осенью 2008 года состояние изменилось: возникла стойкая эмоциональная подавленность, сузился круг интересов и побуждений к деятельности. Резко усилилась тревога. Появился страх заражения ВИЧ, в связи с чем несколько раз обследовался. На высоте тревоги также возникали ощущения нехватки воздуха, «кома в горле», «холода в груди». Усилился аппетит («ел без чувства насыщения»), в связи с чем к весне следующего года (20 лет) прибавка в весе составила около 20 кг. Резко нарушился сон: засыпал в 4–5 часов утра, просыпался около 13.00 часов. Отмечалась суточная динамика с некоторым улучшением состояния в вечернее время. Стал пропускать занятия в вузе. После окончания первого курса принял решение оставить учебу. В тот же период увлекся эзотерикой («заговоры на удачу, на счастье»). Позднее увлекся биоэнергетикой. Прошел курс обучения в школе биоэнергетики, что объяснял желанием улучшить эмоциональное состояние.

Летом 2009 года (21 год) состояние улучшилось: уменьшилась тревога и подавленность, нормализовался аппетит. При этом сохранялось ощущение, что окружающие по его поведению «чувствуют» или «догадываются» о том, что он гомосексуалист.

Осенью 2009 года состояние вновь ухудшилось: снизилось настроение, усилилась тревога. Стали возникать задержки дефекации продолжительностью до четырех дней. Испытывал выраженные головные боли. Отмечалась нестабильность артериального давления с тенденцией к повышению до 150 мм рт.ст. Появились неприятные ощущения в теле: чувство «дергания», «прыгания» в боку. Вновь стал испытывать жжение в области головки полового члена, мошонки, промежности. Рассматривал половой член, пытаясь понять причину неприятных ощущений. Со слов пациента, за уздечкой полового члена обнаружил у себя «маленькое отверстие, из которого вытекала моча». Об этих переживаниях рассказал матери. Настоял на том, чтобы она осмотрела его гениталии. Однако мать не обнаружила дополнительного отверстия, что пациент расценил, как попытку успокоить его. Возникли разнообразные страхи: «Вдруг дома взорвется газ... вдруг кирпич на голову упадет... вдруг машина сойдет». Стал бояться выходить из дома. Усилилась неприязнь к своему телу, к собственным гениталиям.

В этот период после просмотра телепередачи, посвященной хирургическому изменению пола,

впервые возникло желание произвести половую трансформацию. При этом полностью осознавал свою психическую принадлежность к мужскому полу, однако считал, что трансформация поможет облегчить его жизнь, избавив от чувства вины за гомосексуальное поведение, позволив избежать конфликтов в мужском коллективе. Со временем, стал думать об этом значительно чаще. Возникло очерченное желание избавиться от гениталий.

В декабре 2009 года состояние аутохтонно улучшилось: снизилась тревога, существенно редуцировались вегетативные нарушения, дисморфоманические и сенесто-ипохондрические переживания. Настроение при этом оставалось сниженным, сохранялись идеи отношения.

Состояние изменилось в августе 2010 года (22 года). Возникло ощущение измененности окружающей обстановки. Казалось, что события происходят в соответствии с неизвестным ему «планом», который «необходимо разгадать». Испытывал ощущение неконтролируемого «наплыва» мыслей. Резко нарушился сон. В начале сентября стал «видеть», как различные объекты реальности (облака, здания, лица людей и пр.) преображаются, превращаясь «то в ангелов, то в демонов». Возникла убежденность в том, что может видеть «сокрытое», что при помощи «внутреннего ока» узнает, кем окружающие его люди были в прошлой жизни. «Слышал» их мысли в своей голове. Казалось, что «вспомнил» свои прошлые жизни, в которых он был женщиной. Был убежден, что в одном из перевоплощений стал причиной смерти своего мужа, в следствие чего «по законам Вселенной» родился вновь мужчиной. Так, случайно познакомившись с мужчиной, «узнал» в нем своего перерожденного в образе гомосексуалиста мужа из прошлой жизни. Возникла убежденность в том, что он является «избранным», что его присутствие в городе «нарушило энергетический баланс», и с целью нормализации положения вещей «ростовская диаспора кабалистов» читает заклинания против него. «Узнавал» кабалистов среди прохожих, считал, что его преследуют, выслеживают, окружают с целью мистического воздействия. Замечал «особые знаки», подтверждающие его идеи, указывающие ему верное направление и предостерегающие его («Раздвоенная ветвь – значит, демоны рядом, лежит кирпич – значит, на мою голову демоны хотят сбросить кирпич»). В октябре-ноябре стали возникать яркие визуальные образы. Со слов пациента: «Шел вдоль дороги и видел справа от себя рай, а слева – ад». Появилась убежденность в том, что он «превратился» в «королеву ведьм». В тот же период, вступил в случайную сексуальную связь с мужчиной, в котором «узнал» Дьявола. Сообщил, что «видел», как внешний вид мужчины приобретает демонические черты («меняется лицо... вырастают рога»). Считал, что через эту сексуальную связь сможет приобрести безграничные магические силы.

В декабре 2010 года состояние аутохтонно улучшилось: восстановилась ориентировка, дезактуализировались идеи инсценировки, особого значения, преследования, воздействия. Сохранялись нестабильность настроения, недовольство внешностью и желание изменить пол.

В конце февраля 2011 года обратился в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с запросом на выдачу разрешения на изменение пола.

*Психический статус.* Сознание формально ясное. Поведение упорядоченное. В кабинет вошел по приглашению. Одет в соответствии с возрастом, полом, сезоном. Несколько неопрятен. На лице имеется щетина. Сидит в однообразной позе. Мимика лица сглажена. Зрительного контакта избегает. На приветствие врача ответил слабым рукопожатием. В беседу активно не вступает. На вопросы отвечает короткими фразами, не всегда в плане обсуждаемой темы. Речь тихая. Пантомимикой не пользуется. Причиной обращения называет желание получить разрешение на изменение пола. Свое намерение объясняет тем, что с детского возраста идентифицирует себя с женским полом. Утверждает, что обладает рядом женских качеств, к которым относит стремление ухаживать за внешностью с использованием различных косметических процедур, желание носить женские платья, а также половое влечение к мужчинам. Сообщил, что с подросткового возраста испытывает гомоэротическое влечение, с девятнадцати лет ведет гомосексуальную половую жизнь. В ходе расспроса отрицает собственно половое влечение, сообщая, что не испытывает интереса к половым контактам, не получает от них физического удовольствия. Наличие в прошлом гетеросексуальных влечений категорически отрицает. Стремление к изменению пола пациент объясняет нежеланием иметь «мужское имя», «мужской паспорт», «вступать в сексуальные отношения с женщинами с использованием полового члена». Заявляет об испытываемой им неприязни к собственным гениталиям. При этом на лице возникает гримаса отвращения, на глазах выступают слезы. Свою неприязнь к гениталиям объясняет тем, что половой член приобретает чрезмерно большой размер во время эрекции. Также предьявлял жалобы на периодически возникающее чувство жжения в области головки полового члена, мошонки, промежности. В процессе беседы выразил предположение о наличии у него женских внутренних половых органов («недоразвитая матка»). Выражает желание при помощи хирургической операции удалить яички и мошонку, но сохранить половой член. Анамнестические сведения дает развернуто, излишне детализовано. Сообщает, что мысли об изменении пола впервые появились около полутора года назад. Признает, что первоначально эти мысли воспринимал как «нежелательные», считал, что «быть женщиной» является «неправильным» для него. С этими размышлениями связывает снижение

настроения, возникновение чувства безысходности, тревоги. Мысли о смене пола называет «тягостными», «мучительными», «не дающими покоя». Период пребывания в психотическом состоянии описывает с явными затруднениями, объясняя это тем, что события того времени помнит фрагментарно («Все было как во сне»). Эмоционально лабилен. Амбивалентен. Частично критичен переживаниям, относящимся к перенесенному психозу. К текущему состоянию не критичен.

В экспериментально-психологическом исследовании выявляются признаки психотической дезорганизации мышления, выраженность которой не позволяет оценить данные тестирования.

*Наблюдение.* В завершающей обследовании беседе пациент сообщил о том, что «уже не желает изменения пола». Сообщил о том, что за истекший период времени уменьшились тревога и внутреннее напряжение, существенно снизилась интенсивность мыслей о необходимости изменения пола. Считает первоначальное заявление об этом «заблуждением». Желание избавиться от половых органов также редуцировалось, однако неприязнь к ним сохранилась. Антивитальные и суицидальные мысли пациент отрицал. В ходе разговора активно позиционировал себя как гомосексуалиста и просил «не лечить (его) от этого».

По результатам проведенного обследования был проведен консилиум в составе: профессор, д.м.н. А.О.Бухановский, главный врач ЛРНЦ «ФЕНИКС», к.м.н. О.А.Бухановская, доцент кафедры психиатрии и наркологии Ростовского государственного медицинского университета, психиатр-сексолог, к.м.н. А.Я.Перехов, лечащий врач А.В.Дьяченко. Был установлен диагноз: «Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, смешанный тип» (F25.21). Было рекомендовано стационарное лечение.

*Катамнез.* Пациент осмотрен повторно в 2018 году. С его слов стало известно, что в течение месяца, после завершения обследования в ЛРНЦ «ФЕНИКС», вновь возникла резко выраженная аффективная нестабильность с частыми сменами кратковременных периодов возбужденности и эмоционального спада. В процессе интенсивного просмотра интернет-материалов на тему секс-трансформации, желание смены пола преобразовалось в идею о кастрации («хотелось сменить пол, чтобы удалить яйца»). По прошествии месяца в связи с выраженными беспокойством, тревогой, постоянными мыслями о суициде и необходимости кастрации бригадой скорой медицинской помощи госпитализирован в психиатрический стационар. Был установлен диагноз: «Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом. Синдром аффективно-бредовой». Через два месяца выписан с улучшением. По словам пациента, идея о «неправильности» собственного пола и желание удалить гениталии несколько дезактуализировались, но полностью не исчезли. Был апатичен,

безынициативен. К трудоустройству не стремился. Психическое заболевание протекало стереотипно, с шаблонными обострениями в осенний и весенний периоды года и регулярными госпитализациями в психиатрический стационар. С 2016 года возникла неприязнь по отношению к матери («видел в ней врага»), стал проявлять вербальную агрессию к ней. В 2016 году предпринял суицидальную попытку, приняв повышенную дозу феназепама и карбамазепина. Вне госпитализаций находился дома, назначаемые лекарственные препараты принимал нерегулярно. Много времени проводил, изучая информацию о хирургической коррекции пола и кастрации животных. Осенью 2017 года при помощи канцелярского ножа и раствора новокаина предпринял попытку самостоятельного удаления яичек. В связи с возникшим кровотечением был госпитализирован по скорой медицинской помощи в урологическое отделение. Был установлен диагноз: «Скальпированная рана левой половины мошонки. Самостоятельная ампутация левого яичка». Со слов пациента: «Было радостно, что удалось отрезать его (яичко), но было досадно, что второе удалить не удалось». После оказания хирургической помощи госпитализирован в психиатрический стационар. На следующий день после выписки из которого, попытался произвести ампутацию второго яичка («Довести задуманное до конца»), однако не смог этого сделать. На этом фоне предпринял вторую суицидальную попытку, приняв 20 таблеток феназепама. Был экстренно госпитализирован в токсикологическое отделение. После оказания неотложной помощи переведен в психиатрический стационар.

*Разбор случая.* Заболевание возникло у молодого человека, рожденного от патологически протекавшей беременности, с массивной наследственной отягощенностью случаями алкогольной зависимости по мужской линии. Особенности преморбида пациента являлись: обусловленная, вероятно, резидуальной органической патологией ЦНС психическая ригидность, проявляющаяся в высокой склонности к фиксации на ярких впечатлениях и негативных переживаниях, а также высокой склонности к формированию реакций запечатления; резкая дисгармония воспитания с признаками эмоционального отвержения; дисгармония полового воспитания с обесцениванием или унижением полоролевых качеств пациента; дисгармония личности в виде яркой акцентуации характера по истеро-сенситивному типу с чертами конформности; характерологически обусловленная склонность к магическому мышлению; трудности коммуникации и группирования в однополой среде; наличие особой, возможно, эрогенной чувствительности в области анального отверстия.

Болезнь дебютировала аутохтонно, в пубертатном возрасте астено-субдепрессивным состоянием с заострением преморбидно свойственных черт

личности – сенситивности, тревожности, стремления к избеганию конфликтов – с быстрым присоединением неврозоподобной (дисморфобической, обсессивной, сенесто-ипохондрической) симптоматики. При этом особую личностную значимость приобрели контрастные обсессивные гомосексуальные представления, тематически связанные с полоролевым поведением сверхценные сенситивные идеи отношения и толкования, а также дисморфоманические и сенесто-ипохондрические переживания, относящиеся к гениталиям. Навязчивые гомосексуальные представления обусловили возникновение специфических ритуальных действий – мазохистического фантазирования с представлением сцен гомосексуального насилия, «анальной мастурбации».

Весной 2007 года заболевание манифестировало атипичным аффективным приступом: биполярные колебания настроения с быстрым чередованием относительно коротких субдепрессивных и ультракоротких смешанных фаз. Смешанные аффективные фазы протекали с повышением активности, усилением импульсивности, ослаблением сенситивных черт характера, снижением способности к прогнозу своих действий при сохранении контрастных обсессивных переживаний. В этих состояниях периодически ритуально вступал в гомосексуальные контакты, стремясь избавиться от интенсивных навязчивых мыслей. Субдепрессивные фазы имели атипичную структуру с превалированием психической анестезии, адинамии, тревоги, обсессивных, дисморфобических и сенесто-ипохондрических проявлений. Описанное состояние сохранялось в течение 3 месяцев, после чего аутохтонно завершилось. Осенью 2008 года (20 лет) возникло тревожно-депрессивное состояние средней степени выраженности с ипохондрическими элементами. Имевшее место в тот период сверхценное увлечение эзотерикой позволяет предположить наличие биполярных колебаний аффекта, однако однозначных подтверждений этому предоставлено не было. Состояние сохранялось на протяжении 9 месяцев и завершилось аутохтонно. Осенью 2009 года (21 г.) возникло атипичное тревожно-депрессивное состояние с высокой выраженностью сенесто-ипохондрический переживаний, достигавших бредового уровня. По прошествии 3 месяцев состояние вновь аутохтонно улучшилось. В течение периода с весны 2007 по декабрь 2009 года в летний период пациент испытывал улучшение состояния с послаблением выраженности аффективных нарушений, однако ни по продолжительности, ни по качеству эти состояния не могут быть квалифицированы как ремиссии.

Складывается впечатление, что первый приступ заболевания завершился в декабре 2009 года с выходом в некачественную ремиссию продолжительностью 8–9 месяцев.

Повторный приступ болезни возник в августе 2010 года (22 лет) и структурно определялся клини-

ческой картиной онейроидно-бредового синдрома с идеями инсценировки, толкования, особого значения, воздействия, преследования, бредом положительного двойника. На пике развития синдрома (этап истинного онейроида) возникли алло- и аутопсихическая дезориентировка, яркие сценopodobные зрительные галлюцинации, идеи мессианства, антагонистические бредовые идеи, а также бред перевоплощения в лицо противоположного пола (бред полового метаморфоза). Фабула бредовой идеи полового метаморфоза сформировалась под влиянием сложного комплекса факторов, решающее значение среди которых, на наш взгляд, сыграли указанные выше особенности преморбида, а также ряд специфических импринтинговых ситуаций.

После аутохтонной частичной редукции психоза, клиническая картина приступа определялась бипо-

лярными колебаниями аффекта с чередованием различных по продолжительности депрессивных, субдепрессивных и смешанных фаз с парабулиями в виде аутодеструктивных влечений с чертами сверхценности, а также постепенным прогрессированием дефицитарных нарушений в виде аутизации, волевого снижения, эмоциональной неадекватности, элементов семейной ненависти и негативными изменениями личности, достигающими до степени объективно определяемых.

Вышеперечисленное позволяет установить диагноз: «Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом» (F20.01). Нозологически состояние следует определить следующим образом: «Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения, хронифицированный онейроидно-бредовой приступ».

## СЛУЧАЙ ШИЗОФРЕНИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С БРЕДОМ ПОЛОВОГО МЕТАМОРФОЗА

**А.В. Дьяченко, О.А. Бухановская, А.Я. Перехов, В.А. Солдаткин, А.А. Сидоров**

В статье приведено описание психоза, протекающего с бредом полового метаморфоза. Данный случай, на наш взгляд, представляет собой интерес не только в качестве яркой иллюстрации довольно редкого клинического феномена, но и как возможность

проследить сложный, драматичный процесс бредообразования при шизофрении.

**Ключевые слова:** бред полового метаморфоза, шизофрения, изменение пола.

## A CASE OF SCHIZOPHRENIA OCCURRING WITH SEXUAL METAMORPHOSIS DELUSION

**A.V. Dyachenko, O.A. Bukhanovskaya, A.Y. Perekhov, V.A. Soldatkin, A.A. Sidorov**

The article describes the psychosis that occurs with the sexual metamorphosis delusion. In our opinion, this case is of interest not only as a vivid illustration of a rather rare clinical phenomenon, but also this case is an opportunity to trace the complex, dramatic process of delusional

formation in schizophrenia.

**Keywords:** sexual metamorphosis delusion, schizophrenia, gender change.

---

**Дьяченко Антон Васильевич** – врач-психиатр ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета; avddoc@yandex.ru

**Бухановская Ольга Александровна** – к.м.н., главный врач ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета,

**Перехов Алексей Яковлевич** – психиатр-сексолог, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета

**Солдаткин Виктор Александрович** – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета

**Сидоров Алексей Алексеевич** – аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета