

# ПСИХИАТРИЯ В ЛИЦАХ ПАЦИЕНТОВ

ДИАГНОСТИЧЕСКИ НЕОДНОЗНАЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ  
СЛУЧАИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Владимир Менделевич*



# **Владимир Давыдович Менделевич**

## **Психиатрия в лицах пациентов.**

### **Диагностически неоднозначные клинические случаи в психиатрической практике**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=69474661](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69474661)*

*Психиатрия в лицах пациентов. Диагностически неоднозначные  
клинические случаи в психиатрической практике. / Менделевич В. Д.:*

*Городец; Москва; 2023*

*ISBN 978-5-907641-47-1*

## **Аннотация**

Обычно психиатрия предстает перед читателем в виде учебников, монографий, научных статей, в которых автор сосредоточивается на описании психопатологических симптомов, закономерностей проявления различных психических и поведенческих расстройств. Нередко за повествованием о психиатрии теряется сам человек, страдающий душевным недугом.

Но есть и иной способ познакомиться с психиатрией: изучить ее сквозь призму конкретного пациента, уникальных случаев болезни и увидеть за симптомами лицо и душу.

Именно такому подходу и посвящена книга «Психиатрия в лицах пациентов». В книге собраны необычные, трудные для дифференциальной диагностики клинические примеры из жизни конкретных больных, наблюдавшихся у нас на протяжении последних лет.

Надеемся, что книга заинтересует коллег – психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, наркологов, неврологов и всех, кому небезразлична судьба пациентов и кто стремится к объективности в психиатрии.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

# Содержание

Предисловие	9
Даша-мухомор[1]	11
Alter ego[2]	28
Конец ознакомительного фрагмента.	60

*Владимир Менделевич*

**Психиатрия в лицах**

**пациентов. Диагностически  
неоднозначные**

**клинические случаи в  
психиатрической практике**

*Посвящаю эту книгу своим внукам – Вите  
и Алисе – с пожеланием продолжить врачебную  
династию и стать психиатрами или неврологами*

**УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!**

Представляем вам серию книг, необходимых как специалистам, так и всем, кто хочет найти себя в нашем сложном противоречивом мире. Это:

- классические монографии и учебники;
- современные работы по психиатрии и психологии;
- учебные пособия по актуальным психологическим дисциплинам;
- популярная и просветительская литература по психологии.

Предлагаемые издания расширят научные горизонты

практикующих специалистов, а также познакомят с возможностями психологической науки всех тех, кому интересна данная тематика. Не замыкайтесь в себе, не оставайтесь со своими внутренними проблемами, которые кажутся порой неразрешимыми!

Эти книги позволят вам открыть для себя методы психоанализа, аналитической психологии, гештальт-анализа и каждому выбрать близкое направление, подскажут выход из сложной жизненной ситуации, помогут справиться с тревогой, депрессией, внутриличностными конфликтами и изменить свою жизнь к лучшему.



Наш издательский проект создан для вас.



СОЮЗ ОХРАНЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

С радостью представляем новую книгу проекта!

*Треушникова Наталья Валериевна,*

*президент Союза охраны психического здо-*  
*ровья*



© Менделевич В. Д., 2023

© ИД «Городец», 2023



# Предисловие

Обычно психиатрия предстает перед читателем в виде учебников, монографий, научных статей, в которых автор сосредоточивается на описании психопатологических симптомов, закономерностей проявления различных психических и поведенческих расстройств, на рассмотрении механизмов возникновения недугов. Психиатрия раскрывает себя как загадочная, нетривиальная и довольно сложная научная дисциплина. Нередко за повествованием о психиатрии теряется человек, страдающий душевным недугом.

Но есть и иной способ познакомиться с психиатрией: изучить ее сквозь призму конкретного пациента, уникальных случаев болезни и увидеть за симптомами лицо и душу. Именно такому подходу и посвящена книга «Психиатрия в лицах пациентов». Она имеет подзаголовок – «Диагностически неоднозначные случаи в психиатрической практике». В книге собраны необычные, трудные для дифференциальной диагностики клинические примеры из жизни конкретных пациентов, наблюдавшихся у нас на протяжении последних лет. Нас привлекла в этих пациентах загадка диагноза их психического расстройства. Каждый описанный случай в своем роде уникален, часто приходилось по несколько раз встречаться с пациентами, уточнять у них их видение собственных страданий, иногда наблюдать годами только для

того, чтобы понять, что нет никакой диагностической ошибки и что назначенная терапия оказалась эффективной.

Надеемся, что книга заинтересует коллег психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, наркологов, неврологов и всех, кому небезразлична судьба пациентов и кто стремится к объективности в психиатрии.

# Даша-мухомор<sup>1</sup>

Дифференциация между девиантными формами поведения и психическими, аддиктивными расстройствами с каждым годом становится все сложнее из-за видоизменения представлений общества о границах нормативности поведения [1]. Особые трудности возникают при оценке склонности молодых людей к экспериментированию с психоактивными веществами и к практике эпатажного поведения. Ниже приведен клинический случай, демонстрирующий данный феномен.

*Дарья Д., 23 года.* Наследственность психическими заболеваниями отягощена: отец, оба деда (со стороны отца и матери) страдали алкоголизмом. Родилась на 40-41 неделе нормально протекающей беременности, роды естественные. По шкале Апгар 9. В детском возрасте росла и развивалась без особенностей. Посещала детские дошкольные учреждения с полутора лет. Экстерном окончила среднюю школу, а затем с золотой медалью лицей им. Лобачевского при Казанском федеральном университете.

Семейная обстановка была напряженной: когда Дарье было 12 лет, отец ушел из семьи. Он злоупотреблял алкоголем,

---

<sup>1</sup> В соавторстве с В. Н. Коноваловой, Г. М. Галиуллиной и Л. К. Галиуллиной.

но, со слов матери Дарья, агрессии в их адрес не проявлял. Отец не работал, не обеспечивал семью, Дарья отзывалась о нем негативно. С отцом в настоящее время не общается. Мать повторно вышла замуж, отчим также был склонен к злоупотреблению алкоголем. Дарья описывает эпизод, когда отчим в нетрезвом состоянии «приставал» к ней, затем он этот эпизод амнезировал, но просил у нее прощения. Отношения с ним, как и с отцом, были плохие. До настоящего времени общается с ним формально, без какой бы то ни было эмоциональной связи. Из-за напряженной семейной обстановки с подросткового возраста и в течение многих лет Дарья стремилась жить отдельно. Свою мечту реализовала в 18 лет, когда переехала в другой город и поступила в университет на геологический факультет. С детства мечтала стать геологом, поскольку очень нравилась природа, а также возможность общения «со взрослыми опытными людьми, которых в этой специальности множество».

В 19-летнем возрасте вышла замуж, развелась спустя три года. В настоящее время состоит в отношениях. Отметила, что с мужем отношения были неравными, поскольку она во всем ему потакала, даже несмотря на его раздражительность и несдержанность. Себя характеризует как легкого в общении человека. Всегда любила оживленные компании, легко сходилась с незнакомыми людьми. Была открыта и наивна. Со слов матери, Дарья с детства любила очень много читать, всегда нравилось что-то новое, всегда была любознательна,

но слишком доверчива. Однажды подруга в кредит оформила на нее дорогой телефон, и ей пришлось выплачивать всю сумму самостоятельно, поскольку подруга куда-то пропала. Нередко у Дарьи возникали проблемы во взаимоотношениях с людьми из-за того, что пыталась всем помочь, проявлять участие («позволяю человеку проявить все отрицательные качества в отношениях со мной, наблюдаю за этим»). С ее слов, при этом она не давала собой манипулировать, поэтому часто сталкивалась с раздражительностью и злостью окружающих, ожидавших от нее иного поведения. Длительные отношения поддерживать не удавалось. Была склонна менять компании, города, «друзей», профессии. С детства испытывала интерес к изучению психологии. Нравилось «экспериментировать» в отношениях с людьми, «общаться, например, одновременно с уличными ребятами из группировок и с детьми из хороших семей, из гимназий, анализировать и сравнивать их поведение и эмоции».

В связи с этим считает себя отстраненной и холодной по отношению к людям («могу без проблем показать интерес, а потом мне наскучивает и я так же открыто это демонстрирую»). С мамой поддерживает близкие и доверительные отношения. После развода родителей появилась подруга, общение с которой происходило редко. Говорит, что обычно парни заменяли роль подруг, с ними было интереснее. Несмотря на то что считает себя «одиночкой», круг общения был широк и постоянно менялся. В последнее время появи-

лось ощущение, что хочется, наконец, обзавестись постоянными приятелями.

Из психологических проблем отмечала частое возникновение «чувства пустоты», доставлявшее душевный дискомфорт. Пыталась заполнить его «кем-то и чем-то», «в отношениях с одним человеком не хватало понимания, нужно было общаться по-дружески с другим молодым человеком, так было легче». Чувство пустоты пыталась заглушить увлечением работой и интересами молодого человека, чтением, помощью другим людям. Утверждает, что в настоящее время не может благополучно реализовать свою идентичность в материальном мире, потому что «не может найти среду, принимающую полную открытость и отсутствие рамок».

С первого класса школы стало ухудшаться зрение, в настоящее время миопия (-5). С пятого класса испытывает сильные головные боли, имеющие сезонный характер и обостряющиеся преимущественно осенью. В связи с этим ежегодно проходит лечение в отделении неврологии. У психиатров или наркологов никогда не наблюдалась, однократно обращалась к психологу, «чтобы разобраться в себе». Значимых перепадов настроения не замечала, всегда отмечала свою излишнюю эмоциональность, некоторую тревожность, которая, как правило, проходила при смене обстановки. Утверждает, что есть постоянное желание испытывать сильные эмоции, тяга к «моральному унижению» (так как «в эти моменты чувствую себя лучше, живой»). Отмечает свое «непо-

стоянство» («часто бросаю все: и отношения, и работы меняю, потому что хочется чего-то нового»).

Когда Дарье было 12 лет, умерла ее бабушка, девочка очень тяжело переживала утрату, несколько дней ни с кем не разговаривала. Сообщает, что испытала необычные ощущения в день похорон («там в квартире было странное состояние, похожее на психоделический опыт»): «Заглушались другие люди, не видела их, в голове были какие-то необычные звуки, шум, мелодия, ощущение, как будто я одна стояла в комнате». После смерти бабушки стала «суперактивной», с еще большей энергией стала участвовать в деятельности школы, при этом фон настроения, с ее слов, не был повышенным, могла даже быть в подавленном настроении («яркая смена событий позволяла чувствовать себя лучше»).

Со слов Дарьи, на фоне повышенной активности в тот период стала стремительно терять в весе: за три месяца похудела на 14 кг (с 52 до 38 кг). Затем вес стал потихоньку расти и достиг 46 кг. «Сколько себя помню, все время худею, лишнего веса никогда не было. Класа с четвертого, когда хотела быть похожей на мальчика, поскольку играла только с мальчиками, хотела быть такой, как они, – худой».

В 11-летнем возрасте впервые попробовала *алкоголь*. Со слов Дарьи, быстро опьянела от пары глотков спиртного, упала, и «отключилась память». Регулярное употребление алкоголя началось с 17-18 лет, когда во время каникул в компании сверстников почти ежедневно выпивала до 0,5 лит-

ра водки. С самого начала употребления алкоголя отмечала, что на следующий день после выпивки не в полной мере могла вспомнить, что происходило накануне («помнила только первый час употребления, потом – пропасть»). Но когда началась учеба после каникул, стала употреблять спиртное существенно меньше. Абстинентный синдром (синдром отмены) за время употребления алкоголя не наблюдался, никогда по утрам не выпивала из-за плохого самочувствия.

Некоторое время после развода (за год до обращения к психиатру) испытывала «тяжелое состояние», мучило ощущение неопределенности и неустроенности как в личной жизни, так и в работе. В этот период случайно оказалась в компании, которая употребляла мефедрон. Стала употреблять его раз в неделю, затем чаще. Очень нравились люди в этой компании, общение с ними приносило массу удовольствия: «это был мир IT-шников, крайне интересных людей». Совместное употребление мефедрона использовала и для того, чтобы понять, как разные люди ведут себя в состоянии опьянения. Однажды специально для этого ходила из комнаты в комнату в доме, где проходила вечеринка, и смотрела, как кто-то веселился, кто-то отдыхал, а кто-то «грезил и переживал ужастики». Была убеждена, что содержание переживаний наркотического опыта связано с характером человека, а не с самим веществом. На эту тему много рассуждала. Периодически в тот же период пробовала ЛСД, марихуану, экстази. В это время по утрам возобновила употреб-



ление алкоголя, для того чтобы «сгладить явления наркотической абстиненции».

Анализируя собственные ощущения и переживания от употребления разных наркотиков, делает вывод о различиях собственных реакций. Считает, что при употреблении мефедрона появлялись ощущения единения с миром, нравилось наблюдать за людьми в состоянии опьянения в компании. В период опьянения нравилось ощущение свободы, исчезновение страха высказывать свое мнение на людях. «Мефедрон помогал раскрыться». Усиления сексуального возбуждения в момент употребления не испытывала, хотя слышала о том, что такое возможно. Каждое утро после вечернего и ночного употребления тяжело переносила последствия наркотизации и считала, что необходимо заняться активной физической нагрузкой, чтобы облегчить состояние.

Отмечает, что во время употребления марихуаны (в общей сложности курила марихуану не более десяти раз) становилась «асоциальной», «казалось, что вообще ничего не понимаю». В момент опьянения появлялось ощущение настороженности. «Люди как будто хотели сделать что-то плохое, потому что я им кажусь странной». Часто закрывалась в комнате, в этот момент сама себе отправляла сообщения в мессенджерах, «вела дневник сама с собой». Однажды в опьянении испытала необычные переживания, «видения» («передо мной появилась я, мое физическое я, но со злым лицом»). Ощущение измененности наступало уже при малых

дозах наркотика.

ЛСД периодически употребляла с 19-летнего возраста. «Под ЛСД приятно было рассуждать, отключаться от мира, полетать в фантазиях». Чаще употребляла вместе с супругом. Несколько раз в состоянии абстиненции чувствовала, что «ничего не понимала, терялась в том, что происходит вокруг, другие люди казались незнакомцами, вещи вокруг были как будто чужие, ощущение, как будто ты не в своей квартире». После прекращения употребления вновь начались проблемы с питанием, появились сонные параличи, стала раздражительной, «начала заикаться». «Я не могла нормально думать, мысли не собирались в кучу, поэтому особо не общалась с людьми: они меня не понимали, и я злилась на себя». Аппетит был снижен, но периодами наступали приступы переедания со стремлением есть большие количества высококалорийной пищи. После чего испытывала слабость, речь становилась «не такой, как обычно», скорость мышления замедлялась, девушка злилась на себя, иногда вызывала рвоту и засыпала. Значительного набора веса не было: вес рос плавно.

Активное употребление наркотиков продолжалось год, после чего решила отказаться от нелегальных психоактивных веществ и в течение года их не употребляла. Однако сообщила, что «для повышения концентрации внимания» изредка употребляет «легально разрешенный *сушеный красный мухомор* в капсулах». Покупает его на официальных

сайтах в интернете. До этого внимательно изучила эффекты так называемого *мухоморного микродозинга* — применения сверхмалых доз вещества. Убеждена в его безвредности и в некотором смысле пользе для психического здоровья, в частности для стимулирования интеллектуальной деятельности.

В настоящее время нигде не работает, находится в поисках трудоустройства. Ранее часто меняла профессии. Во время обучения в лицее подрабатывала барменом, в период учебы в университете в течение года занимала должность младшего научного сотрудника в научно-исследовательском институте органической и физической химии, затем устроилась помощником заместителя директора по работе со студентами в Казанском федеральном университете, где проработала три месяца. В рамках стажировки после окончания университета в течение года трудилась помощником главного технолога на нефтеперерабатывающем заводе. После замужества и переезда с супругом в другой город вновь устроилась на подработку барменом, а после развода и возвращения в родной город почти полтора года находилась в должности бизнес-аналитика. Уволилась по «идеологическим причинам, так как корпоративная этика этой организации не принимала открытость и отсутствие рамок в общении с партнерами и конкурентами».

***Психический статус.*** Обратилась к психиатру по совету подруги, для того чтобы понять, не изменили ли наркоти-

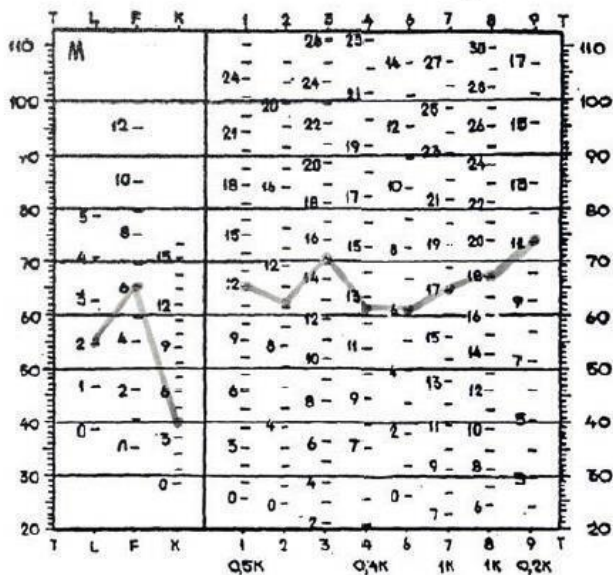
ки ее здоровье. Себя психически или наркологически больной не считает. Активно жалоб не предъявляет. При расспросе уточнила, что она периодически испытывает «апатию, снижение энергии, перепады настроения, иногда раздражительность, чувство страха и тревоги, проблемы с питанием, бывает, что в мыслях крутится какая-то жвачка»: «Как будто я всех подвожу, как будто виновата в чем-то, кому-то причиняю боль». При этом в беседе активна, весела, игрива, смешлива, заинтересована в том, чтобы рассказать о себе как можно больше и точнее. Стеснения или смущения при обсуждении темы употребления наркотиков не испытывает. Чувства сожаления также не испытывает и даже немного бравирует этим. Со стремлением произвести впечатление на врача рассказывает об употреблении мухоморов и микродозинге. Склонна к анализу своего поведения, психологических и характерологических особенностей. Заинтересована в тщательном психиатрическом обследовании и установлении, страдает ли она психической или наркологической патологией. Мышление последовательное, нормального темпа, без признаков качественных и количественных изменений. Концентрация внимания достаточная, память не снижена, интеллект высокий. Признаков зависимости от наркотиков не выявляется.

**Консультация невролога.** Церебральная дисциркуляция, вертеброгенно обусловленная, в форме сосудистых це-

фалгий. *МРТ*: картина локального расширения субарахноидального пространства. Данных за патологические изменения вещества головного мозга не получено. *Повторная МРТ*: признаков патологических изменений головного мозга не выявлено. *ЭЭГ*: альфа-ритм дезорганизованный, заостренный по форме с отдельными острыми колебаниями, регистрируется по всем областям с преобладанием по теменно-затылочным отделам, частотой 10-11 Гц, амплитудой до 130 мкВ. В ряду основного ритма регистрируются группы заостренных колебаний того же частотного диапазона, распространяющиеся на передне-центральные отделы, а также отдельные острые альфа-колебания с амплитудой не выше фоновой. Зональные различия – сохранены. Бета-активность – не усилена, низкоамплитудная, частотой порядка 16-25 Гц, регистрируется диффузно, с преобладанием в передне-центральных отведениях. Медленноволновая активность – регистрируется диффузно в виде низкоамплитудных колебаний тета-диапазона. Билатерально-синхронная активность – регистрируются частые билатерально-синхронные заостренные группы волн альфа-диапазона с амплитудой не выше фоновой. Реакция на открытие-закрытие глаз (ОГ – ЗГ) – ослаблена. Реакция на ритмическую фотостимуляцию (3-24 Гц) – усвоение ритма мельканий в широком диапазоне частот. Реакция на гипервентиляцию (3 мин.) – несколько усиливает билатерально-синхронную активность по индексу. *Заключение*: по данным ЭЭГ отмечаются легкие диффуз-

ные изменения БЭА; умеренные функциональные изменения БЭА диэнцефального генеза. Типичных эпилептиформных знаков и очаговой медленноволновой активности не выявлено.

### Психологическое обследование (Мини-мульт):



По данным обследования выявляются пики по 9-й и 3-й шкалам, что может указывать на такие личностные характеристики, как энергичность, жизнерадостность, склонность к переменам, контактированию с людьми. Обычно лица с по-

вышением 9-й шкалы по ММРІ характеризуются тем, что их интересы могут быть поверхностными, неустойчивыми, а в поведении преобладает беспечность и переоценка своих возможностей. Кроме того, профиль личности с повышением третьей шкалы может указывать на стремление таких людей казаться больше, значительнее, чем они есть на самом деле, обратить на себя внимание.

### *Обсуждение*

Следует признать, что случай Дарьи Д. не уникален, поскольку среди молодежи широко распространено экспериментирование с наркотиками и беспечным, рискованным образом жизни. Подавляющее большинство таких случаев не оказывается в поле зрения психиатров и наркологов, а с возрастом поведение таких лиц становится упорядоченным и адаптивным. Если же в силу обстоятельств такие люди попадают на прием к психиатру или наркологу, то им обычно выставляется диагноз «употребление наркотиков с вредными (пагубными) последствиями (Flx.1 по МКБ-10)» [2] и, возможно, «расстройство личности (F6)». В соответствии с клиническими рекомендациями, утвержденными Минздравом РФ, «пагубное употребление психоактивного вещества – это модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим

(например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации)» [3]. В комментарии к клиническим рекомендациям делается уточнение, что для постановки диагноза должны учитываться следующие диагностические критерии пагубного употребления психоактивных веществ: 1) употребление ПАВ нанесло (или в значительной мере усугубило) вред физическому состоянию или психике пациента, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение; 2) употребление ПАВ может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений; 3) причиной вреда должно быть употребление ПАВ; 4) характер употребления ПАВ сохранялся по меньшей мере один месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев. Следует обратить внимание на несоответствие основных диагностических критериев «употребления с вредными последствиями» комментариям разработчиков рекомендаций.

Если оценить модель употребления наркотиков Дарьей Д., то обнаружится, что ни физического, ни психического вреда здоровью оно не оказало. А понятия «нарушение суждений, дисфункциональное поведение, неблагоприятные последствия для межличностных отношений» носят размытый и крайне субъективный характер. В процессе клинико-психопатологического обследования у Дарьи не обнаружено ни одного из перечисленных критериев. К тому же в МКБ-10 [4] прямо указано, что перечисленные феномены могут учиты-



ваться при диагностике, только если «приводят к инвалидизации». Кроме того, МКБ-10 отмечается, что тот факт, что употребление ПАВ вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством данного диагноза.

Как показало обследование, у Дарьи Д. не было обнаружено признаков синдрома зависимости (Fix.2), что также позволяет предполагать, что она не страдает никакой наркологической (аддиктивной) патологией, несмотря на многолетнее употребление ЛСД, мефедрона, экстази и продолжающийся прием сушеного красного мухомора в рамках стратегии микродозинга. При клиническом обследовании выявлено, что подобный подход считается до настоящего времени легальным, популярным и отражает мировоззрение довольно большого числа молодых людей [5]. С их точки зрения, употребление сушеных грибов в дозировке, не превышающей нескольких граммов, полезно для стимуляции активности и купирования депрессии. Современные научные данные не подтверждают такой вывод [6, 7].

В процессе обследования Дарьи Д. ставился вопрос о допустимости выставления ей диагноза «расстройство личности смешанного типа», однако у нее не было обнаружено явных признаков социальной дезадаптации и нарушения самоактуализации, необходимых для корректной диагностики.

Таким образом, несмотря на то что обществом поведение Дарьи Д. могло расцениваться как эпатажное и рискованное, не представлялось обоснованным выставить ей какой бы то ни было психиатрический или аддиктологический диагноз. Дальнейшее наблюдение может способствовать контролю динамики психического состояния Дарьи и оценке правильности диагностического решения.

## Литература

1. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. М.: Городец, 2016. 386 с.
2. Кузнецов В. В. Употребление ПАВ с вредными последствиями – фейк-диагноз // Неврологический вестник. 2019; 1:47-51. [Электронный ресурс] URL: <https://journals.eco-vector.com/1027-4898/article/view/13559> (дата обращения: 27.01.2023).
3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ Пагубное употребление. Клинические рекомендации. МЗ РФ. [Электронный ресурс] URL: [http://r-n-l.ru/actualdoc/2018/kp2018/kp\\_pagubnoe\\_upotreblenie2018upd.pdf](http://r-n-l.ru/actualdoc/2018/kp2018/kp_pagubnoe_upotreblenie2018upd.pdf) (дата обращения: 27.01.2023).
4. Международная классификация болезней (МКБ-10). [Электронный ресурс] URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4048> (дата обращения: 27.01.2023).

5. Baba Masha, Fadiman J. Microdosing with Amanita Muscaria: Creativity, Healing, and Recovery with the Sacred Mushroom. Park Street Press. 2022: 352.

6. *Polito V., Stevenson R. J.* A systematic study of microdosing psychedelics. PLoS ONE. 2019; 14 (2): e0211023. doi.org/10.1371/journal.pone.0211023 (дата обращения: 27.01.2023).

7. *SzigetiB., KartnerL., BlemingsA. etal.* Self-blinding citizen science to explore psychedelic microdosing. eLife. 2021; 10: e62878. DOI: <https://doi.org/10.7554/eLife.62878> (дата обращения: 27.01.2023).

# Alter ego<sup>2</sup>

За годы развития клинической психиатрии сложились устойчивые диагностические правила, которые не подвержены кардинальному пересмотру даже при изменении классификаций. К таким незыблемым канонам относится разделение психопатологических симптомов на психотические и непсихотические, на котором строится, например, судебно-психиатрическая экспертиза. До настоящего времени считается, что появление отдельных психотических феноменов в структуре непсихотических (невротических) расстройств автоматически позволяет считать это расстройство психотическим.

В последние годы психиатрия столкнулась с новым вызовом: отдельные психотические проявления (галлюцинации, бред) все чаще стали наблюдаться при расстройствах аутистического спектра [1], пограничном расстройстве личности [2, 3] и некоторых других психических расстройствах, что приводит к необходимости пересмотра взглядов ученых на закономерности психогенеза [4]. При этом речь идет не столько о коморбидности, сколько о вкраплении в непсихотическое расстройство психотических симптомов.

Отдельное место среди таких психических расстройств

---

<sup>2</sup> В соавторстве с А. С. Ивашевым, Т. Р. Газизуллиным и Е. Г. Менделевия.

занимают диссоциативные (конверсионные) расстройства, и особенно так называемое расстройство множественной личности (F44.81 по МКБ-10), где значимое место в структуре занимают психотические, псевдопсихотические или субпсихотические симптомы. Клинический случай Даниила А., 19 лет, приведенный ниже, уникален не столько тем, что это первый развернутый случай расстройства множественной личности, описываемый в русскоязычной научной литературе, сколько тем, что шизофреноподобная симптоматика с клиническими феноменами, обычно относимая к галлюцинациям или бреду, наблюдаемая у Даниила, ставит перед психиатрами трудные вопросы квалификации этих феноменов и поднимает проблемы толкования психопатологических феноменов. Загадки, которые задает ученым случай Даниила, требуют изменения взгляда психиатров на некоторые психопатологические симптомы и их дифференциацию.

*Даниил А., 19 лет.* Обратился к неврологам с жалобами на судорожные приступы. Также сообщил об особых состояниях «раздвоения личности», наличие «второй сущности», раздражительность, тревожный сон.

**Анамнез заболевания.** Первые признаки заболевания сам пациент относит к возрасту шести лет. Однако не придавал этому большого значения и никому о своих переживаниях не рассказывал до 15-летнего возраста. Окружающие и родственники не замечали никаких странностей в поведе-

нии и высказываниях Даниила. Держал все «как бы в тайне», объясняя это страхом, что окружающие могут посчитать его «психом». Периодически на фоне боязни темноты и устрашающих сновидений просыпался с приступами тревоги и по долгу не мог уснуть. В начальные-средние школьные годы начал слышать «голос» внутри головы, вступать с ним в диалог. «Голос» имел преимущественно комментирующий характер, временами в трудных ситуациях оказывал поддержку, советовал, как «быть сильнее, жестче». В дальнейшем «голос» появлялся, но чаще всего в стрессовых ситуациях, когда Даниил испытывал страх, тревогу или беспокойство. В какой-то период времени происходил «переход «голоса» в зрительный образ: «он» предстал в виде страшных физиономий, «жутких, обгорелых и полумертвых лиц». Обычно Даниил видел его боковым зрением. Несколько раз ощущал, что «словно оказывался в ином месте, в темной комнате, наедине с этим голосом – образом», вел с ним непонятное общение.

В этот же период присоединились состояния, которые Даниил описывает как «замену» своей личности на «иную сущность». Продолжительность таких состояний колебалась от нескольких часов до полутора суток. Рассказывает, что в эти периоды не управлял своим телом и действиями, видел все происходящее, как в фильме, и практически не мог контролировать себя. Также отмечает, что «вернувшись в свое тело», временами испытывал «провалы в памяти» на весь

период «овладения личностью». После выхода из подобного состояния испытывал боли распирающего характера, преимущественно по левой стороне тела. Считает, что эта «личность-сущность» не раз оказывала ему помощь, выручала в трудных ситуациях, помогала в конфликтах и драках. Приписывает ей такие качества, как «духовность, смелость», но временами выраженную агрессивность и конфликтность. Свое отношение к «сущности» считает неоднозначным, тяготится и «побаивается» ее появлений, но в то же время называет ее «защитником» («он мне как старший брат»).

В значительной степени все симптомы усугубились с 15 лет, когда Даниил получил тяжелую травму с разрывом мышц бедра и последующими многократными оперативными вмешательствами под общим наркозом и длительным периодом реабилитации. Травма была получена на уроке физкультуры в школе, когда при подъеме на канату Даниила потемнело в глазах, он потерял сознание и сорвался вниз. Каких бы то ни было судорог не отмечалось, сознание восстанавливалось быстро. Даниил переживал о своих перспективах в жизни, беспокоился о том, сможет ли полноценно ходить. Пришлось перейти на домашнее обучение, по этому поводу также сильно переживал: впереди предстояли выпускные экзамены. Эмоциональное состояние было неустойчивым: переживал вспышки гнева, плакал, ругался с родными. В этот период впервые появились судорожные сокращения с тоническим напряжением ног/ноги и выраженной болью. Данные

состояния послужили поводом для обследования в неврологических детских стационарах, где был впервые предположен диагноз «эпилепсия». Затем у пациента появились другие пароксизмальные состояния. Одни из них проявлялись в виде двусторонних тонических судорог конечностей и всего тела с выраженной болезненностью, другие – с наличием клонических элементов в виде «тряски» тела и конечностей. Степень напряжения мышц во время повторявшихся приступов варьировала с развитием «перекоса» лица, опистотонусной позы, изгиба «мостиком». Все приступы протекали с полной сохранностью сознания, открытыми глазами, а также с возможностью понимания обращенной речи, ответов на вопросы. При этом речь была искажена, иногда полностью утрачивалась. Длительность приступов составляла от 30 минут до нескольких часов. После того как вызванная бригада скорой помощи вводила диазепам, приступ мог прекратиться, но вновь начаться через короткий промежуток времени. Приступы появлялись с периодичностью два-три раза в неделю. Мать пациента (медик по профессии) в последние месяцы «научилась обрывать» приступы внутривенным введением магнезии, причем приступ прекращался уже на первых секундах введения препарата и даже в значительном разведении его физиологическим раствором. После приступов несколько раз наблюдалась обездвиженность всех конечностей или одной стороны, отсутствие речи иногда в течение двух-трех дней. С подозрением на инсульт Даниил несколь-



ко раз госпитализировался в больницы. Проводилась РКТ головного мозга, в рамках которой наличие патологии мозга исключалось. Был направлен к детскому неврологу-эпилептологу с диагнозом «вегетативные кризы, церебрастения, синкопальные состояния». Эпилептолог предположил, что приступы носят эпилептический характер, и назначил конвулекс. На фоне приема конвулекса, со слов больного, появились эпизоды ночного снохождения, сочетавшиеся с нарушениями пищевого поведения: в таком состоянии шел к холодильнику и брал еду. В этот период значительно усилились имевшие место ранее психопатологические симптомы, которые пациент стал осознавать, он тяготился ими. Кроме того, появились страх и ощущения дежавю (он считал это «продолжением снов»). Стали возникать эпизоды злобности, раздражительности, которые объяснял наличием «второй сущности», которая живет в его теле.

На фоне приступов стал чаще слышать «голос», участились случаи «подмены» личностью-сущностью. На фоне глубоких переживаний, не зная, что делать, Даниил раскрылся перед матерью, рассказал, что уже многие годы слышит «голос», имеет общение с «личностью – Альтер эго», «вступил с ней в договор». Обеспокоенная мать настояла на консультации психиатра, и для обследования Даниил был госпитализирован в отделение психиатрической больницы. В стационаре часто давал эмоциональные реакции, плакал, жаловался на тревогу и беспокойство, ночами спал с про-

буждениями. Трижды повторялись «судорожные приступы». Постепенно, по описанию, на фоне лечения (гидроксизин, флувоксамин, карбамазепин, фенобарбитал, депакин) «купировалась галлюцинаторная симптоматика». Был выписан с диагнозом «органическое расстройство личности в связи с эпилепсией, с частыми полиморфными пароксизмами и психотическими состояниями. Височная эпилепсия». После выписки психоневрологическое состояние не нормализовалось: сохранялись состояния «подмены личности», которые мать пациента считала «причудами». Именно поэтому она заставила Даниила пройти процедуру «изгнания бесов», которая не привела к исчезновению этих переживаний. Продолжали беспокоить стереотипные «судорожные приступы». Лечение антиконвульсантами в течение 3,5 года включало как монотерапию препаратами вальпроевой кислоты, карбамазепина в адекватных дозировках, так и в комбинации с использованием фенобарбитала и ламотриджина. На период настоящего наблюдения принимал в сутки: депакин хроно 2000 мг, ламотриджин 250 мг, фенобарбитал 200 мг. За весь период терапии снижения частоты приступов достигнуто не было. Многократно консультировался эпилептологом по поводу диагноза «фокальная эпилепсия в сочетании с органическим расстройством личности в связи с эпилепсией». Для уточнения диагноза проводились видео-ЭЭГ мониторинги, не обнаруживавшие эпилептиформную активность. Во время последнего ночного видео-ЭЭГ мониторинга был

зафиксирован типичный для больного двигательный «эпилептический» пароксизм, не сопровождавшийся изменениями электрической активности мозга. *Заключение:* «Эпилептиформной активности на ЭЭГ за время проведенного исследования зарегистрировано не было. С учетом клинической картины вероятно наличие неэпилептического (диссоциативного) характера приступов». При настоящем обследовании больного по рекомендации невролога была проведена серия домашних видеосъемок приступов, которые выявили множественные признаки функционального (конверсионного) их характера. Больному во время периода наблюдения был объяснен характер его приступов, изменена схема терапии: постепенно произведена отмена фенobarбитала, депакина, уменьшена доза ламотриджина до 100 мг в сутки и увеличена доза флувоксамина до 150 мг. На этом фоне отмечалось значительное уменьшение частоты «судорожных» приступов до 1 раза в месяц. Однако Даниил по-прежнему «слышал голос», испытывал «подмены другой личностью-сущностью». До настоящего времени пациент находится в диспансерной группе наблюдения в психоневрологическом диспансере. Живет дома, редко выходит на улицу, тщательно опекается матерью. Круг интересов сузился до просмотра телепередач и онлайн-игр.

Переживает насчет своей несостоятельности, не имеет представления о будущем, в то же время считает себя больным, желает исправить имеющуюся медицинскую проблему

*Анамнез жизни, со слов пациента, его матери и по данным медицинской документации.* Наследственность по психическим заболеваниям неотягощена. Пациент родился от первой беременности, первых родов. Беременность протекала на фоне раннего токсикоза. Родоразрешение проходило путем наложения акушерских щипцов – родился в асфиксии, 2 балла по шкале Апгар. Был выписан из роддома на десятый день в удовлетворительном состоянии. Рос и развивался в соответствии с возрастом. От сверстников в умственном и физическом развитии не отставал. В возрасте 5-7 лет наблюдались сноговорения в форме простых бормочущих звуков и нечленораздельных слов. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ, детские инфекции (корь, ветрянка). С раннего детства отмечались частые головные боли, плохая переносимость духоты, в связи с чем наблюдался у неврологов с диагнозом «резидуальная энцефалопатия». Всегда имел гиперстеническое телосложение, ожирение, существенного дискомфорта по этому поводу не испытывал. У эндокринологов не обследовался. Неоднократно получал черепно-мозговые травмы без потери сознания, переломы и растяжения в ходе драк и спортивных игр. Гемотрансфузии, туберкулез, венерические заболевания и гепатиты отрицает.

Детский сад посещал с двухлетнего возраста. Периодически, когда не хотел туда идти, начинал кричать, плакать, временами до рвоты, но только в присутствии матери. В коллек-

тиве детей удерживался, воспитателей слушался, но общался избирательно – с одним-двумя мальчиками. Заводилой и лидером не был, больше нравились спокойные игры. В утренниках участвовал: читал стихи, пел песни, радовался и получал удовольствие, когда на него смотрели, обращали внимание. По характеру был впечатлителен, раним, обидчив, раздражителен, иногда конфликтен со сверстниками. В среднюю школу пошел своевременно. В начальных классах учился хорошо, заметно больший интерес проявлял к гуманитарным дисциплинам. Начиная с пятого класса начал учиться несколько хуже, среди оценок чаще стали появляться тройки. В школьные годы так же, как и до этого, к общению со сверстниками стремился, но отношения с основной массой детей не ладились из-за заносчивого и обидчивого характера Даниила. В четвертом классе школы оказался в одном коллективе с «проблемными» детьми, вследствие чего неоднократно становился жертвой их нападок, но по-прежнему старался в случае чего «постоять за себя». В течение двух лет в ходе совместной работы школьного психолога и классного руководителя отношения между ним и другими учениками выравнивались.

В школе часто спорил с учителями из-за оценок, любил доказывать свою правоту. Считал, что имели место регулярные их занижения, несправедливые дисциплинарные взыскания и просто «недопонимание». На фоне такой ситуации в восьмом классе семьей было принято решение о перево-

де в другую школу. В новой школе ни с кем из сверстников дружбы не завел, много времени провел на домашнем обучении в связи с травмой ноги. Итоговую государственную аттестацию сдал удовлетворительно. После 9-го класса поступил в сельскохозяйственный техникум по специальности «землеустройство». Полноценно отучился лишь первый курс, на втором взял академический отпуск «по состоянию психического здоровья», в котором находится по настоящее время.

***Из семейно-бытового анамнеза.*** Рос старшим ребенком в семье, в нормальных бытовых условиях. Есть младшая сестра, разница в возрасте 10 лет. По описанию пациента, мать – добрая, отзывчивая, временами чрезмерно опекающая, по профессии – лаборант-медик. Отец по характеру более холодный, отстраненный, но в целом понимавший сына. Всю жизнь работал инженером в командировочном режиме, в связи с чем участия в жизни семьи практически не принимал. В настоящее время родители находятся в разводе. Пациент проживает с матерью и сестрой, отношения дома ровные. Свободное от учебы время Даниил всегда больше проводил дома, помогая матери. Иногда гулял с небольшой компанией ребят: обсуждали учебу, фильмы, играли в футбол. Из самых любимых занятий – компьютерные игры. Последние несколько лет активно увлекается онлайн-играми, нередко проводит за ними всю ночь. В школьные годы некоторое время увлекался спортом, посещал секцию легкой

атлетики, ходил на самбо и карате. Имел успехи, участвовал на некрупных соревнованиях, но из-за частых травм прекратил посещение данных кружков. Трудового стажа, опыта «подработок» нет. Приводов в полицию не имеет, к уголовной и административной ответственности не привлекался. Половое созревание с 13 лет, недлительное время испытывал симпатию к однокласснице, гулял с ней, ходили несколько раз в кино. Половой жизнью не живет, сексуального опыта не имеет. Алкоголь употребляет редко – в компании друзей на праздники. Толерантность ограничивается бутылкой пива, запои отсутствуют, в состоянии алкогольного опьянения практически не был. Курит табак с 15 лет, предпочитает «электронные сигареты». Наркотики, иные психоактивные вещества никогда не пробовал.

***Психический статус.*** В начале встречи заметно волнуется, говорит о том, что ему сложно рассказывать о своих переживаниях во время консилиума, на котором присутствует несколько десятков врачей. Просит разрешения во время беседы не смотреть на аудиторию. В контакт вступает охотно, понимает значение проведения консилиума, но считает, что никакими лекарствами изменить его состояние невозможно. От ответов на некоторые вопросы отказывается, ссылаясь на то, что ему тяжело вспоминать и, кроме того, шутит, что «присутствующие врачи могут не выдержать, когда услышат подробности о его психопатологических состояни-

ых». Подробно, но без избыточной детализации рассказывает о «судорожных приступах» и симптомах, их сопровождающих. Не настаивает, но склоняется к тому, что они практически всегда провоцируются стрессами и скандалами в семье. Отмечает, что после перехода на домашнее обучение частота приступов заметно уменьшилась. Приступы никогда не возникали в людных местах (в техникуме, на улице, в магазине) и могли появляться исключительно в домашних условиях. Семейную ситуацию Даниил характеризует как напряженную. Жалоб на периодически возникающие «замены личности» не предъявляет, рассказывает об этом как о факте своей жизни. Отношение к «заменам» и «голосам» двоякое: с одной стороны, утверждает, что вторая личность поддерживает его, защищает и позволяет выходить из сложных житейских ситуаций, с другой стороны, страшится, что не сможет контролировать поведение другой личности и она совершит что-то опасное. Вспоминает, как однажды около техникума к нему пристали неизвестные молодые люди и в него «вдруг вселился тот – другой»: ввязался в драку и помог справиться с нападавшими («сам бы я такого сделать не смог»). Характеризует себя как эмоционального, впечатлительного и застенчивого человека, но соглашается, что в последнее время стал раздражительным, особенно в общении с матерью и сестрой. Утверждает, что осознал происшедшее во время драки только после того, как увидел кровь на лице одного из нападавших и «понял», что это его «рук дело». По-



дробностей драки не помнил. Говорит о том, что в некоторых случаях может предвидеть появление приступа «замены личности». Как-то во время урока в техникуме, когда в аудитории был «неимоверный шум и гам», почувствовал тревогу и надвигающуюся «замену личности». Вышел из класса и обратился за помощью к медику. Выпил таблетку успокоительного – состояние нормализовалось.

Демонстрирует желание разобраться в том, что с ним происходит. Появляющийся у него «голос» подробно не характеризует: то говорит, что это его «вторая сущность, имеющая более грубый голос и характер», то сообщает, что «голос» бормочущий. Не видит противоречий в изменениях этого феномена. Затрудняется с определением локализации «голоса», старается не уточнять, «слышит» ли «голос» извне или внутри головы. Упор делает на характеристике «второй сущности». Отношение к «голосу» и «второй личности» неоднозначное: с одной стороны, «уже привык» к нему, в то же время иногда тяготится состояниями «подмены другой личностью». Охотно и в деталях рассказывает о своих ощущениях в момент «замены». Отмечает, что подобные явления также случаются в ситуациях стресса, опасности, конфликтов. В периоды «овладевания» эта «сущность» может «кого-нибудь ударить», но инициатором конфликтов не является – в основном только «отвечает», «не дает в обиду». Рассказывает, что временами даже в спокойной обстановке «личность просится наружу», возникает подобное примерно

раз в три дня, поскольку у Даниила со своим альтер эго такой уговор. Пояснить, что он понимает под термином «альтер эго», не может. Рассказывает, что иногда полностью забывает происходящее на момент «замены»: могут «всплывать» отдельные кадры уже после выхода из подобного состояния. Стоит отметить, что жалобы на данную симптоматику не носят тягостного для пациента характера: он озвучивает их изолированно от жалоб на судорожные пароксизмы и не видит между ними прямой связи.

Психически больным себя не считает, но и отвергает версию матери о происходящем как о «вселении в него бесов». С воодушевлением рассказывает о своем опыте экзорцизма. В момент, когда в беседе с психиатром была затронута эта тема, повернулся к аудитории врачей и с учительской интонацией рассказал о процедуре изгнания бесов. Сообщил, что под маминым давлением пришел на эту процедуру, хотя придерживается строгих научных взглядов. С ироничной интонацией рассказал, как вокруг него совершали «танцы с бубном», пытаясь избавить его от «замен личности». В момент, когда обращался к врачам с этой историей, не отмечалось ни стеснения, ни смущения, которые сопровождали беседу до тех пор.

Внимание концентрирует достаточно, память и интеллект не снижены, сознание ясное. Мышление логичное, последовательное, продуктивное, без ассоциативных нарушений. Речь грамотная. На вопрос о том, может ли он произвольно

во время беседы с психиатром сделать так, чтобы произошла «замена» и он предстал в виде другой личности, сообщил, что такое невозможно: «это приходит самопроизвольно».

**Консультация психолога.** Работает в быстром темпе, инструкции усваивает и удерживает в процессе выполнения. Задания выполняет старательно, с заинтересованностью, при затруднениях использует помощь специалиста. В эксперименте – активное внимание с пониженной концентрацией с признаками истощаемое<sup>TM</sup> в нагрузочных пробах. По таблице Шульте: 54", 1'02", 1'02", 1'24". Механическая непосредственная память с легким снижением запоминания (из 10 слов: 4, 5, 5, 7, отсрочено – 5). В пиктограммах ассоциации в основном конкретно-атрибутивные, стандартные, в единичных случаях индивидуально-значимые, с адекватными объяснениями. Расположение рисунков упорядочено, рисунки пронумерованы с признаками органического симптомокомплекса. При исследовании мыслительной сферы (методики исключения предметов, классификация, сравнение понятий, простые аналогии) при доступности понимания сложных обобщений, наличия категориального уровня мышления, способности к абстрагированию обнаруживается опора на латентные признаки предметов («вентилятор лишний, а гвоздь, пчела и самолет от проводов работают»), в суждениях отражает своеобразную, надуманную сторону явлений, снижение уровня критичности мышления. При сравне-

нии простых и сложных пар понятий руководствуется в основном существенными признаками и различиями по функциям, в отдельных парах понятий – латентными признаками («стакан – петух» – «оба в себя могут что-то вмещать, стакан жидкость, петух органы»; «бочка – бабочка» – «похожи по звучанию слов»). Способность к установлению логических взаимосвязей не нарушена, при образовании аналогий подбирает верные понятия, в установленных рамках. Переносный смысл пословиц, идиом на уровне метафор доступен. При объяснении смысла рассказа «Колумбово яйцо» дает качественные пояснения с пониманием сути. Последовательность событий по серии картинок умеренной сложности устанавливает верно, рассказ с пониманием смысла сюжета.

При доступности понимания сложных обобщений, наличии категориального уровня мышления, способности к абстрагированию проявляется нечеткость смысловых дифференцировок, надуманность суждений, недостаточность критичности в сочетании с пониженной концентрацией внимания с истощаемостью в краткосрочных пробах (при достаточном темпе работы в эксперименте), с легким снижением механической памяти при улучшении логико-смыслового запоминания. Профиль личности по ММРІ: акцентуация по гиперстеническому типу, импульсивность, вспыльчивость и гневные реакции, нетерпимость к иным мнениям, упрямство, недоверчивость, подозрительность, протестность, сни-

женный фон настроения и неудовлетворенность сложившимися обстоятельствами, эмоциональная напряженность, вспышки враждебности.

**Консультация невролога.** Резидуальная энцефалопатия в виде частых вегетативных кризов, церебрастении, краниалгии, синкопальных приступов. Криптогенная фокальная эпилепсия? **Консультация профессора-невролога.** Функциональные (псевдоэпилептические) приступы у больного с возможными единичными эпизодами эпилептических приступов в анамнезе (?). *ЭЭГ рутинная:* очаговой медленно-волновой и эпилептиформной активности на момент записи не зарегистрировано. *МРТ головного мозга:* все мозговые структуры, желудочковая система, белое и серое вещество без патологии. *МРА артерий головного мозга:* данных за патологические изменения интракраниальных артерий не выявлено. Вариант развития Виллизиева круга (не замкнут). **Консультация офтальмолога.** Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

## **Обсуждение**

Клинический случай Даниила А. представляет сложности не только в плане диагностики конкретного психического расстройства по МКБ-10, но и в ракурсе точной квалификации выявленных психопатологических феноменов. Сходные трудности возникли и у неврологов, анализировавших ме-

ханизмы развития судорожных пароксизмов. Вся клиническая картина заболевания пациента может быть разделена на две группы симптомов: пароксизмальные двигательные нарушения и шизофреноподобные расстройства. Предполагалось, что в рамках диагностического поиска эти две группы симптомов могут быть и связаны между собой, и представлять независимые друг от друга феномены.

Известно, что для психиатров дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических (функциональных, диссоциативных) пароксизмов строится на так называемой негативной диагностике – диагноз функциональных расстройств выставляется только в случае исключения неврологами «органической» основы [5]. Как показал анамнестический и видеоанализ особенностей протекания пароксизмов, в его структуре отсутствовали критерии, позволявшие отнести их к кругу истинно эпилептических. К эпилептическим были отнесены: высокая продолжительность приступов, сохранность сознания во время «судорожных генерализованных» пароксизмов, вычурность двигательных феноменов, приступа с наличием в том числе «мостика» и опистотонусной позы, быстрое купирование с помощью лекарств, не способных приводить к прерыванию эпилептических пароксизмов. Данные видео-ЭЭГ мониторинга приступа позволили сделать заключение о «неэпилептическом» (функциональном, диссоциативном) характере пароксизмов. Последующая отмена значительной части проти-

воэпилептической терапии и образовательная беседа с больным относительно характера приступов также дополнили предположение о функциональном происхождении последних.

Значительные сложности возникли при анализе психопатологических особенностей, носящих шизофреноподобный характер. К феноменам, требовавшим четкой психиатрической трактовки, относились жалобы на «голоса» и утверждения пациента, что в нем периодически происходит «замена [его] личности», появляется «вторая сущность», его альтер эго. Описания Даниилом «голосов» носило неоднозначный характер: он не утверждал, что «слышал голос», а говорил, что тот у него возникает в ситуации, когда он «ведет со своим Альтер эго внутренний диалог», и не считал, что этот «голос» принадлежит конкретному постороннему живому человеку или существу. При этом пациент утверждал, что «голос, принадлежавший другой его сущности», отличался от его собственного грубым звучанием и резкостью. Он не мог и не стремился локализовать источник «голоса», поскольку считал, что это его собственный, но немного искаженный голос. То есть психопатологический анализ не позволяет утверждать, что в клинической картине заболевания пациента Даниила присутствуют вербальные истинные или псевдогаллюцинации. Они не обладали ни характером реальности, ни параметром «сделанности», а пациент не утверждал, что слышал их звучание. Данный феномен можно бы-

ло трактовать как галлюциноиды [6]. По мнению В.И. Крылова [7], галлюциноиды не «вписываются» в реальную действительность, при них отсутствует чувство сделанности или наведенности, а отношение больных к образам критическое, с пониманием их нереальности. При них нередко происходит смешение понятия «звучание (собственных) мыслей» и «голоса». Этому феномену была посвящена работа В.М. Бехтерева «О слышании собственных мыслей» [8], в которой автор утверждал, что «галлюцинации слуха есть не что иное, как патология мышления, что галлюцинации возникают при фиксации больного на собственных мыслях» и что «если внимание больного сосредоточивается на собственных мыслях, то слуховой отзвук, превращающийся в галлюцинаторный образ, апперцептируется вслед за апперцепцией мыслей больного, и тогда больной слышит лишь повторение собственных мыслей». Высказывалась точка зрения о связи внутренней речи с вербальным галлюцинозом [9], и указывалось, что феномен *inner hearing* (внутренняя речь) может predispose к вербальному галлюцинозу [10]. В этом ряду особо выделяется понятие «вербальное воображение», родственное понятию «внутренняя речь» [11], которое, в свою очередь, близко к вербальному галлюцинозу, но им не является [12].

По мнению А. Moskowitz, D. Corstens [13], «слышание голосов следует рассматривать как диссоциативный опыт, который при некоторых условиях может иметь патологические



последствия. Другими словами, хотя голоса могут возникать в контексте психотического расстройства, их не следует однозначно считать психическим расстройством».

Другой феномен – утверждения пациента о том, что в нем периодически происходит «замена [его] личности», появляется «вторая сущность», его «альтер эго» – требовал дифференциации между понятиями «бред» и «бредоподобные фантазии». Если предположить, что клиническую картину заболевания Даниила представлял бред, то это мог быть только бред метаморфозы, для подтверждения которого требовались доказательства наличия убежденности пациента в том, что он превращен не по своей воле в какое-либо животное, птицу, мифическое существо или даже в неодушевленный предмет. Данный вид бреда относится к кругу чувственных, возникает остро, нередко сочетается с синдромом Кандинского – Клерамбо, не может проявляться изолированно от других форм бреда и возникать пароксизмально [14]. Следовательно, утверждения Даниила о том, что в нем периодически происходит замена одной его личности другой, не могут быть признаны бредом (паранойей). В психиатрической литературе «бредоподобные фантазии» понимаются как небредовые причудливые фантастические идеи [15], иногда обозначаемые термином «патологическое фантазирование», а в анализируемом случае Даниила А. «симптомом перевоплощения». Бредоподобное фантазирование причисляется к псевдологии, а не к бредовым синдромам

[16].

Таким образом, клиническая картина заболевания Даниила А., внешне проявляющаяся шизофреноподобной симптоматикой, не соответствует критериям диагностики параноидной шизофрении, а совпадает с диагностическими критериями расстройства множественной личности (по МКБ-10, F44.81) или диссоциативного расстройства идентичности (ДРИ). К таким критериям относятся: а) существование двух или более различных личностей внутри индивида, когда только одна из них присутствует в конкретное (данное) время; б) каждая личность имеет собственную память, предпочтения и особенности поведения и временами (периодически) захватывает полный контроль над поведением индивида; в) имеется неспособность вспомнить важную для личности информацию, по масштабам превосходящая обычную забывчивость. В клинической картине заболевания пациента Даниила ДРИ сочеталось с диссоциативными двигательными нарушениями (псевдоэпилептическими пароксизмами).

Как уже упоминалось выше, одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной психиатрии следует признать проблему возможности появления психотических симптомов в структуре непсихотических расстройств [4]. В этом отношении диссоциативное расстройство идентичности (расстройство множественной личности, ДРИ) является ярким примером подобной психопатологической загад-

ки. Большинство исследователей сходятся в том, что появление при этом расстройстве галлюцинаций и бреда признается скорее правилом, чем исключением [17—36]. Ученые описывают одни и те же симптомы, но обозначают их разными терминами – галлюцинациями и бредом или галлюциноидами и бредоподобными фантазиями, как это сделано нами при анализе клинического случая Даниила А. При этом следует согласиться с большинством авторов в том, что дифференциальная диагностика ДРИ с шизофренией и некоторыми другими психическими расстройствами – непростая задача [37-39]. Наименее же трудной становится дифференциация ДРИ с так называемой височной эпилепсией (в МКБ-10 и МКБ-11 в психиатрическом понимании отсутствует). Для нее характерны эпизодические пароксизмальные психозы, строго по времени совпадающие и замещающие двигательные эпилептические пароксизмы. В случае Даниила диагноз «эпилепсия» был отвергнут, а псевдопсихотические симптомы не имели типичных для височной эпилепсии характеристик.

Одним из принципиальных в плане судебно-психиатрической оценки признается вопрос о том, относится ли ДРИ к непсихотическому или психотическому уровню психических расстройств [30,40]. Известно, что американские суды, впервые столкнувшись с необходимостью решать вопрос о вменяемости обвиняемых с ДРИ, практически полностью полагались в этом деле на заключение специали-

стов в области психического здоровья, результатом чего стало несколько судебных решений о признании обвиняемых с ДРИ невменяемыми. Позже американские суды стали строже подходить к вопросу о допустимости в качестве доказательств заключений психиатров о наличии у обвиняемого признаков ДРИ, и в особенности о психическом состоянии обвиняемого в период совершения им уголовно наказуемых деяний [41].

В. L. Brand и соавт. [42] высказались категорически против мифов, возникших вокруг ДРИ. С их точки зрения, ДРИ – сложное посттравматическое расстройство развития, для понимания которого имеется авторитетная исследовательская база, но остается ряд неверных концепций об этом расстройстве. К ним причислены: 1) убеждение, что ДРИ – это причуда; 2) убеждение, что ДРИ в основном диагностируется в Северной Америке и что наблюдается гипердиагностика расстройства; 3) убеждение, что ДРИ встречается редко; 4) убеждение, что ДРИ является ятрогенным, а не травматически обусловленным расстройством; 5) убеждение, что ДРИ – та же сущность, что и пограничное расстройство личности; 6) убеждение, что лечение ДРИ вредно для пациентов.

В связи с вышеперечисленным ставился вопрос о необходимости разграничивать истинное ДРИ от ложного [43], сформированного под влиянием «необычности» и популярности в массовой культуре. Некоторые авторы до настоящего времени относят ДРИ к «модным» психическим расстрой-

ствам, значимость и представленность которых в психиатрической практике кажутся им существенно преувеличенными [44]. Основанием для того, чтобы считать ДРИ модным диагнозом, стали статистические данные о том, что в период с 1922 по 1972 г. было зарегистрировано менее 50 случаев ДРИ, в то время как к 1990 г. – уже 20 тыс. случаев [45]. Данный процесс был назван «эпидемией психической болезни», приводящей к вовлечению значительных финансовых средств, созданию специализированных лечебных учреждений и появлению множества самопровозглашенных экспертов [41].

По мнению I. J. Pietkiewicz и соавт. [43], можно выделить пять критериев отличия ложноположительного ДРИ от истинного: 1) одобрение наличия у себя диагноза и идентификация своих симптомов с ним; 2) использование понятия диссоциативных частей личности для оправдания путаницы в самоидентификации и конфликтующих эго-состояний; 3) полученные знания о ДРИ влияли на клиническую картину; 4) ДРИ становится поводом для привлечения внимания и важной темой для обсуждения с другими; 5) исключение диагноза ДРИ ведет к разочарованию или гневу пациента. Перечисленные критерии нельзя признать достоверными, поскольку они носят субъективный характер.

Таким образом, клинический случай редко встречающегося расстройства множественной личности (диссоциативного расстройства идентичности) у 19-летнего пациента Да-

нии А. позволяет в очередной раз отметить общую для современной психопатологии проблему возможности диагностирования психотических расстройств в рамках непсихотических патологий. Кроме того, отмеченные клинические особенности случая ставят вопрос о необходимости четкой дифференциации галлюцинаций с галлюциноидами, бредом с бредоподобными фантазиями. Это позволит избежать диагностических ошибок.

## Литература

1. *Ribolsi M., Fiori Nastro F., Pelle M. et al.* Recognizing Psychosis in Autism Spectrum Disorder. *Front. Psychiatry*. 2022; 13: 768586. doi: 10.3389/fpsyt.2022.768586
2. *Savero N., Aji A. R., Alim A. H. et al.* Hallucination in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*; 2022; 3 (1): 40-42. DOI: 10.21776/ub.jppbr.2022.003.01.10.
3. *Hayward M., Jones A.-M., Strawson W. H. et al.* A cross-sectional study of auditory verbal hallucinations experienced by people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2022; 29 (2): 631-641. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1002/cpp.2655> (дата обращения: 30.01.2023).
4. *Менделевич В. Д., Гатин Ф. Ф., Хамитов Р. Р. и др.* Психотические симптомы при непсихотических расстрой-

ствах: ошибки диагностики или новая реальность? // Неврологический вестник. 2022; 2: 5-12. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.17816/nb!08655> (дата обращения: 30.01.2023).

5. *Кутлубаев М. А., Менделевич В. Д., Дюкова Г. М. и др.* Проблема коморбидности эпилепсии и психогенных пароксизмов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020; 120 (5): 138-145. doi: 10.17116/jnevro2020120051138.

6. *Рыбальский М. И.* Иллюзии и галлюцинации. Баку, 1983. 304 с.

7. *Крылов В. И.* Психопатологическая квалификация и диагностическое значение нарушений чувственного познания (галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды). Психиатрия и психофармакотерапия. 2017; 19 (6): 4-9.

8. *Бехтерев В. М.* О слышании собственных мыслей. Антология избранных тестов отечественных психиатров. М.: Городец, 2016. 368 с.

9. *Шишковская Т. И.* Внутренняя речь: размытая грань между патологией и нормой. PsyAndNeuro. Психиатрия & Нейронауки. 2020. [Электронный ресурс] URL: <http://psyandneuro.ru/stati/private-speech/> (дата обращения: 30.01.2023).

10. *Alderson-Day B., Fernyhough C.* Inner speech: development, cognitive functions, phenomenology, and neurobiology. Psychological bulletin. 2015; 141 (5): 931-965.

doi: 10.1037/bul0000021.

11. *Price C. J.* A review and synthesis of the first 20 years of PET and fMRI studies of heard speech, spoken language and reading. *Neuroimage*. 2012; 62 (2): 816-847. doi: 10.1016/j.neuroimage.2012.04.062

12. *Менделевич Д. М.* Вербальный галлюциноз. Казань, 1980. 246 с.

13. *Moskowitz A., Corstens D.* Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*. 2007; 6 (2-3): 35-63. [Электронный ресурс] URL: [https:// doi.org/10.1300/J513v06n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J513v06n02_04) (дата обращения: 30.01.2023).

14. *Менделевич В. Д.* Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016. 128 с.

15. *Пятницкий Н.Ю.* Синдром «бредоподобного фантазирования» в концепции К. Бирнбаума // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2016. 10: 76-81. doi: 10.17116/jnevro201611610176-81

16. *Кравченко И. В.* Синдром фантазирования у детей: клиника, динамика, систематика: Дис.... канд. мед. наук. СПб., 2021. 155 с.

17. *Патнем Ф. В.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности // *Журнал Практической Психологии и Психоанализа*. 2004; 1. [Электронный ресурс] URL: [https:// psyjournal.ru/articles/diagnostika-i-](https://psyjournal.ru/articles/diagnostika-i-)



lechenie-rasstroystva-mno-zhestvennoy-lichnosti (дата обращения: 30.01.2023).

18. Longden E., Branitsky A., Moskowitz A. et al. The Relationship Between Dissociation and Symptoms of Psychosis: A Metaanalysis. Schizophrenia Bulletin. 2020; 46 (5): 1104-1113. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa037> (дата обращения: 30.01.2023).

19. Nesbit A., Dorahy M.J., Palmer R. et al. Dissociation as a Mediator Between Childhood Abuse and Hallucinations: An Exploratory Investigation Using Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia Spectrum Disorders. J Trauma Dissociation. 2022; 23 (5): 521-538. doi: 10.1080/15299732.2022.2064579.

20. Martinez A. P., Dorahy M.J., Nesbit A. et al. Delusional beliefs and their characteristics: A comparative study between Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia Spectrum Disorders. Journal of Psychiatric Research. 2020; 131 (7): 263-268. DOI: 10.1016/j. jpsychires.2020.09.015.

21. Ross C. A. Voices: Are They Dissociative or Psychotic? J Nerv Ment Dis. 2020; 208 (9): 658-662. doi: 10.1097/NMD.0000000000001206.

22. Dorahy M. J. Shannon C., Seagar L. et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. J Nerv Ment Dis. 2009; 197 (12): 892-8. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181c299ea.

23. *Moskowitz A.* Commentary on «Dissociation and Psychosis in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia» (Laddis & Dell). *Journal of Trauma & Dissociation*. 2012; 13 (4): 414-417. DOI: 10.1080/15299732.2011.621017.

24. *Antje A., Reinders T. S., Veltman D.J.* Dissociative identity disorder: out of the shadows at last? *The British Journal of Psychiatry*. 2021; 219: 413-414. doi: 10.1192/bjp.2020.168.

25. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Новосибирск, 2006. 437 с.

26. *Корень Е. В., Куприянова Т. А., Пономарева К. И. и др.* Диссоциативное расстройство идентичности: психологический конструкт или клиническая реальность (наблюдение из практики детской психиатрии) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020; 20 (3): 58-64.

27. *Dorahy M.J., Huntjens R.J.C., Marsh R.J. et al.* The Sense of Self Over Time: Assessing Diachronicity in Dissociative Identity Disorder, Psychosis and Healthy Comparison Groups. *Front. Psychol*. 2021; 12: 620063. doi: 10.3389/fpsyg.2021.620063.

28. *Gauld C., Espi P, Revol O. et al.* Explanatory hypotheses of the ecology of new clinical presentations of Dissociative Identity Disorders in youth. *Front. Psychiatry*. 2022; 13: 965593. doi: 10.3389/fpsyt.2022.965593.

29. *Азарков В. А.* Диссоциация и пограничное расстрой-

ство личности. Консультативная психология и психотерапия. 2014; 81 (2): 10-37.

30. *Petrie D.* Dissociation, Dissociative Disorders and Partial Psychosis. Open Journal of Medical Psychology. 2022; 11: 243-253. [Электронный ресурс] URL: <https://doi.org/10.4236/ojmp.2022.114018> (дата обращения: 30.01.2023).

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.