



УДК: 616.89-008.45

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb121212>

## Психопатологические загадки расстройства множественной личности (диссоциативного расстройства идентичности). Случай Даниила А.

В.Д. Менделевич<sup>1</sup>, А.С. Ивашев<sup>2</sup>, Т.Р. Газизуллин<sup>1,2</sup>, Е.Г. Менделевич<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

<sup>2</sup>Республиканская клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева, Казань, Россия

Автор, ответственный за переписку: Владимир Давыдович Менделевич, [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

### АННОТАЦИЯ

В статье приведён уникальный клинический случай Даниила А. с расстройством множественной личности (диссоциативного расстройства личности по Международной классификации болезней 11-го пересмотра) — первое в русскоязычной научной литературе развёрнутое описание редко встречающегося синдрома. У пациента, помимо расстройства идентификации, были обнаружены диссоциативные двигательные нарушения в форме псевдоэпилептических пароксизмов. В клинической картине заболевания доминировали симптомы «замены личности», «второй сущности», «Альтер эго» и «голоса». В статье приведён клинический анализ правомерности обозначать выявленные феномены как галлюцинации и бред. Теоретический анализ включал оценку возможности диагностики психотических симптомов в рамках непсихотических расстройств.

**Ключевые слова:** *расстройство множественной личности, диссоциативное расстройство идентичности, психотические расстройства, галлюцинации, галлюциноиды, бред, бредоподобные фантазии, истерия.*

### Для цитирования:

Менделевич В.Д., Ивашев А.С., Газизуллин Т.Р., Менделевич Е.Г. Психопатологические загадки расстройства множественной личности (диссоциативного расстройства идентичности). Случай Даниила А. // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 1. С. 79–92. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb121212>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb121212>

## Psychopathological riddles of multiple personality disorder (dissociative identity disorder). The case of Daniel A.

Vladimir D. Mendelevich<sup>1</sup>, Anton S. Ivashev<sup>2</sup>, Timur R. Gazizullin<sup>1,2</sup>,  
Elena G. Mendelevich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russia

<sup>2</sup>Republican Clinical Psychiatric Hospital named after V.M. Bekhterev, Kazan, Russia

*Corresponding author:* Vladimir D. Mendelevich, [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

### ABSTRACT

The article presents a unique clinical case of Daniil A. with multiple personality disorder (dissociative identity disorder according to ICD-11) — the first detailed description of a rare syndrome in the Russian-language scientific literature. The patient also had dissociative movement disorders in the form of pseudoepileptic seizures. The clinical picture of the disease was dominated by the symptoms of “alternative of personality”, “second essence”, “Alter ego” and “voices”. The article provides a clinical analysis of the legitimacy of designating the identified phenomena as hallucinations and delusions. The theoretical analysis included an assessment of the possibility of diagnosing psychotic symptoms within non-psychotic disorders.

**Keywords:** *multiple personality disorder; dissociative identity disorder; psychotic disorders, hallucinations, hallucinoids, delusions, delusional fantasies, hysteria.*

### For citation:

Mendelevich VD, Ivashev AS, Gazizullin TR, Mendelevich EG. Psychopathological riddles of multiple personality disorder (dissociative identity disorder). The case of Daniel A. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(1):79–92. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb121212>.

Received: 07.01.2023

Accepted: 17.01.2023

Published: 30.03.2023

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 считают, 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) всё чаще стали возникать при расстройствах аутистического спектра [1], пограничном расстройстве личности [2, 3] и некоторых других психических расстройствах, что приводит к необходимости пересмотра взглядов учёных на закономерности психогенеза [4]. При этом речь идёт не столько о коморбидности, сколько о вкраплении в непсихотическое расстройство психотических симптомов.

Особое место среди таких психических расстройств занимают диссоциативные (конверсионные) расстройства и, особенно, так называемое расстройство множественной личности [код F44.81 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)], в структуре которых значимое место занимают психотические, псевдопсихотические или субпсихотические симптомы.

Клинический случай Даниила А. 19 лет, приведённый ниже, уникален не только тем, что это первый развёрнутый случай расстройства множественной личности, описываемый в русскоязычной научной литературе, но и тем, что шизофреноподобная симптоматика с клиническими феноменами, обычно относимая к галлюцинациям или бреду, наблюдаемая у Даниила А., ставит перед психиатрами трудные вопросы квалификации этих феноменов и поднимает проблемы толкования психопатологии. Загадки, которые ставит перед учёными случай Даниила А., 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 6 лет. Однако не придавал этому большого значения и никому о своих переживаниях не говорил до 15-летнего возраста. Окружающие и родственники не замечали никаких странностей в поведении и высказываниях Даниила. Держал всё «как бы в тайне», объясняя это страхом, что окружающие могут посчитать его «психом».

Периодически на фоне боязни темноты и устрашающих сновидений часто просыпался с приступами тревоги, подолгу 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, жёстче». 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” представлял в виде страшных физиономий, жутких, обгорелых и полумёртвых лиц». Обычно Даниил видел его боковым зрением. Несколько раз ощущал, что «словно оказывался в ином месте, в тёмной комнате, наедине с этим голосом-образом», вёл 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 всё происходящее как в фильме и практически не мог контролировать свои действия. Также отмечает, что «вернувшись в своё тело», временами испытывал «провалы в памяти» на весь период «овладевания 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. Своё отношение к «сущности» считает неоднозначным, тяготеет к «побаивается» её появлений, но в то же время называет её «защитником» («он мне как старший брат»).

В значительной степени все симптомы усугубились с 15 лет, когда он получил тяжёлую травму с разрывом мышц бедра и последующим многократным оперативным лечением под наркозом и длительным периодом реабилитации. Травма была получена на уроке физкультуры в школе, когда при подъёме на канат у пациента потемнело в глазах, он потерял сознание и сорвался вниз. Каких бы то ни было, судороги не возникли, сознание восстановилось 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, давал вспышки гнева, плакал, ругался с родными.

В этот период впервые появились судорожные сокращения с тоническим напряжением ног/ноги и выраженной болью. Данные состояния стали поводом для обследования в неврологических детских стационарах, где был впервые предположен диагноз эпилепсии. Затем у пациента появились другие пароксизмальные состояния. Одни из них — 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 проходили с полной сохранностью сознания, глаза были открыты, а также с возможностью понимания обращённой речи, ответов на вопросы. При этом речь была искажена, иногда полностью утрачивалась. Длительность приступов составляла от 30 мин 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 2–3 раза в неделю. Мать пациента (медик по профессии) в последние месяцы «научилась обрывать» приступы внутривенным введением магния сульфата, причём приступ прекращался уже на первых секундах введения препарата и даже в значительном разведении его изотоническим раствором натрия хлорида.

После приступов несколько раз возникали обездвиженность всех конечностей или одной стороны и отсутствие речи, иногда в течение 2–3 дней. В этой связи с подозрением на инсульт Даниила несколько раз госпитализировали в стационары. Проводили рентгеновскую компьютерную томографию головного мозга, в рамках которой наличие патологии мозга исключали.

Был направлен к детскому неврологу-эпилептологу с диагнозом «вегетативные кризы, церебрастения, синкопальные состояния». Эпилептологом было сделано предположение о том, что приступы носят эпилептический характер, была назначена вальпроевая кислота (конвулекс). На фоне приема конвулекса, со слов больного, появились эпизоды ночного снохождения, сочетавшиеся с нарушениями пищевого поведения — в таком состоянии шёл к холодильнику и брал еду. В этот период значительно усилились имевшие место ранее психопатологические симптомы, которые пациент стал осознавать и тяготиться ими. Кроме того, появились страх и ощущения «дежа вю», которое он считал «продолжением снов». Стали возникать эпизоды злобности, раздражительности, которые объяснял наличием «второй сущности», которая живёт в его теле.

На фоне приступов стал чаще слышать «голос», участились случаи «подмены» личностью-сущностью. На фоне глубоких переживаний, не зная, что делать, 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 пробуждениями. Трижды повторялись «судорожные приступы». Постепенно, по описанию, на фоне лечения [гидроксизин, флувоксамин, карбамазепин, фенобарбитал, вальпроевая кислота (депакин)] «купировалась» галлюцинаторная симптоматика. Был выписан с диагнозом «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией, с частыми полиморфными пароксизмами и психическими 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 дозах, так и в комбинации с использованием фенobarбитала и ламотриджина. На период настоящего наблюдения принимал в сутки: вальпроевую кислоту (депакин хроно) 2000 мг, ламотриджин 250 мг, фенobarбитал 200 мг. За весь период терапии снижения частоты приступов достигнуто не было.

Многokrатно консультировался эпилептологами с диагнозом фокальной эпилепсии в сочетании с органическим расстройством личности в связи с эпилепсией. Для уточнения диагноза проводили электроэнцефалографию (ЭЭГ) с видеомониторингом, не обнаруживавшую 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 по данным ЭЭГ за время проведённого исследования зарегистрировано не было. С учётом клинической картины вероятно наличие неэпилептического (диссоциативного) характера приступов».

При настоящем обследовании больного, по рекомендации невролога, была проведена серия домашних видеосъёмок приступов, которые выявили множественные признаки функционального (конверсионного) их характера. Больному во время периода наблюдения был объяснён характер его приступов, была изменена схема терапии: постепенно была произведена отмена фенobarбитала, вальпроевой кислоты (депакина), уменьшена доза ламотриджина до 100 мг/сут и увеличена доза флувоксамина до 150 мг/сут.

На этом фоне произошло значительное уменьшение частоты «судорожных» приступов до 1 раза в месяц. Однако по-прежнему Даниил «слышал голос», испытывал «подмены другой личностью-сущностью». До настоящего времени пациент находится в диспансерной группе наблюдения в психоневрологическом диспансере. Живёт дома, редко выходит на улицу, тщательно опекается матерью. Круг интересов сузился до просмотра телепередач и онлайн-игр. Переживает

на счёт своей несостоятельности, не имеет представления о будущем, в то же время считает себя больным, желая 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 путём наложения акушерских щипцов — родился в асфиксии, 2 балла по шкале Апгар. Был выписан из роддома на 10-й 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 было сногворение в форме простых бормочущих звуков и нечленораздельных слов. Из перенесённых заболеваний — острые респираторные вирусные инфекции, «детские» инфекции (корь, ветряная оспа).

С раннего детства возникали частые головные боли, плохая переносимость духоты, в связи с чем был под наблюдением 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, туберкулёз, венерические заболевания и гепатиты отрицает.

Детский сад посещал с 2-летнего возраста. Периодически, когда не хотел туда идти, начинал кричать, плакать временами до рвоты, но только в присутствии матери. В коллективе 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 пошёл своевременно. В начальных классах учился хорошо, заметно больший интерес проявлял к гуманитарным дисциплинам. С 5-го класса начал учиться несколько хуже, среди оценок чаще стали появляться «тройки». В школьные годы так же, как

и раньше, к общению со сверстниками стремился, но отношения с основной массой детей не ладились по причине заносчивого и обидчивого характера Даниила. В 4-м 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 2 лет, в ходе совместной работы школьного психолога и классного руководителя, отношения между ним и другими учениками выровнялись.

В школе часто спорил с учителями из-за оценок, любил доказывать свою правоту. Считал, что происходили регулярные занижения оценок, несправедливые дисциплинарные взыскания и просто «недопонимание». На фоне такой ситуации в 8-м классе семьёй было принято решение о переводе в другую школу. В новой школе ни с кем из сверстников дружбы не завёл, много времени провёл 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 ребёнком 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, отстранённый, 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 учёбы время Даниил всегда больше проводил дома, помогая матери. Иногда гулял с небольшой компанией ребят, обсуждали учёбу, 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 лёгкой атлетики, ходил на самбо и каратэ. Имел успехи, участвовал в некрупных соревнованиях, но по причине частых травм прекратил посещение данных кружков.

Трудового стажа, опыта «подработок» нет. Приводов в полицию нет, 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 живёт, 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 состояниях».

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 напряжённую.

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 проконтролировать 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». Подробностей 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» носит бормочущий характер. 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: хотя «уже привык» к нему, но в то же время иногда тяготится состояниями «подмены другой личностью». Охотно и в деталях рассказывает о своих ощущениях в момент так называемой «замены». Отмечает, что подобные явления также случаются в ситуациях стресса, опасности, конфликтов. В периоды «овладения» эта «сущность» может «кого-нибудь ударить», но инициатором конфликтов не становится, в основном только «отвечает», «не даёт в обиду».

Рассказывает, что временами даже в спокойной обстановке «личность просится наружу», возникает подобное примерно 1 раз в 3 дня, поскольку у него 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. Следует отметить, что жалобы на данную симптоматику не носят тягостного для пациента характера, озву-

чивает 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 своём 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 пришёл на эту процедуру, хотя придерживается строгих научных взглядов. С ироничной интонацией рассказал, как вокруг него совершали «танцы с бубном», пытаясь избавить его от «замены личности». В момент, когда обращался к врачам с этой историей, не отмечено ни стеснения, ни смущения, которые сопровождали беседу до этого момента.

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 экспериментатора. В эксперименте активное внимание с пониженной концентрацией и признаками истощаемости в нагрузочных пробах. По таблице Шульце: 54", 1'02", 1'02", 1'24". Механическая непосредственная память с лёгким 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 самолёт

от проводов работают»), в суждениях отражает своеобразную, надуманную сторону явлений, снижение уровня критичности мышления.

При сравнении простых и сложных пар понятий руководствуется в основном существенными признаками и различиями по функциям, в отдельных парах понятий руководствуется 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» даёт качественные пояснения с понимаем сути. Последовательность событий по серии картинок умеренной сложности устанавливает верно, рассказ с пониманием смысла сюжета.

При доступности понимания сложных обобщений, наличия категориального уровня мышления, способности к абстрагированию проявляют нечёткость смысловых дифференцировок, надуманность суждений, недостаточность критичности в сочетании с пониженной концентрацией внимания с истощаемостью в краткосрочных пробах (при достаточном темпе работы в эксперименте), с лёгким снижением механической памяти при улучшении логико-смыслового запоминания.

Профиль личности по Миннесотскому многопрофильному личностному опроснику (MMPI — от англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory): акцентуация по гиперстеническому типу, импульсивность, вспыльчивость и гневные реакции, нетерпимость к иным мнениям, упрямство, недоверчивость, подозрительность, протестность, сниженный фон настроения и неудовлетворённость сложившимися обстоятельствами, эмоциональная напряжённость, 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 медленноволновой и эпилептиформной активности на момент записи не зарегистрировано.

*Магнитно-резонансная томография головного мозга:* все мозговые структуры, желудочковая система, белое и серое вещество без патологии.

*Магнитно-резонансная ангиография 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 механизмы 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 как связаны между собой, так 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 выставляют только в случае исключения неврологами «органической» основы [5].

Как показал анамнестический и видеоанализ особенностей протекания пароксизмов, в структуре отсутствовали критерии, позволявшие отнести их к кругу истинно эпилептических. К ним 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 противосудорожной терапии и

образовательная беседа с больным относительно характера приступов, также дополнили предположение об их функциональном происхождении.

Значительные сложности возникли при анализе психопатологических особенностей, носящих шизофреноподобный характер. К феноменам, требовавшим чёткой психиатрической трактовки, относились жалобы на «голоса» и утверждения пациента о том, что в нём 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 он у него возникают ситуации, когда он «ведёт 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 этого его собственный, но немного искажённый 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 было трактовать как галлюциноиды [6].

По мнению В.И. Крылова [7], галлюциноиды не «вписываются» в реальную действительность, при них отсутствует чувство сделанности или наведённости, 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 ни 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 и 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 нём периодически происходит «замена [его] личности», появляется «вторая сущность», его «Альтер эго», — требовал дифференциации между понятием бред и бреподобные фантазии.

Если предположить, что клиническую картину заболевания Даниила представлял бред, то это мог быть только бред метаморфозы, для подтверждения которого требовались доказательства наличия убеждённости пациента в том, что он превращён не по своей воле в какое-либо животное, птицу, мифическое существо или даже в неодушевлённый предмет. Данный вид бреда относится к кругу чувственных, возникает остро, нередко сочетается с синдромом Кандинского—Клерамбо и не может проявляться изолированно от других форм бреда и возникать пароксизмально [14].

Следовательно, утверждения Даниила о том, что в нём периодически происходит замена одной его личности другой, не могут быть признаны бредом (паранойей). В психиатрической литературе «бреподобные фантазии» понимают как небредовые причудливые фантастические идеи [15], иногда обозначаемые термином «патологическое фантазирование», а в анализируемом случае Даниила А. «симптомом перевоплощения». Бреподобное фантазирование причисляют 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 крите-

риями расстройства множественной личности (по МКБ-10 код F44.81) или диссоциативным расстройством идентичности (ДРИ). К ним относится следующее:

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) есть неспособность вспомнить важную для личности информацию, по масштабам превосходящая обычную забывчивость.

В клинической картине заболевания Даниила А. ДРИ сочеталось с диссоциативными двигательными нарушениями (псевдоэпилептическими пароксизмами).

Как уже было упомянуто 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 ДРИ (расстройство множественной личности) представляет собой яркий пример подобной психопатологической загадки.

Большинство исследователей сходятся в том, что появление при этом расстройстве галлюцинаций и бреда — скорее правило, чем исключение [17–36]. Учёные 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 — непросто стоящая задача [37–39].

Наименее же трудной бывает дифференциация ДРИ с так называемой височной эпилепсией (в МКБ-10 и МКБ-11 в психиатрическом понимании отсутствует). Для неё характерны эпизодические пароксизмальные психозы, строго по времени совпадающие и замещающие двигательные эпилептические пароксизмы. В случае Даниила А. диагноз эпилепсии был отвергнут, а псевдопсихотические симптомы не носили типичных для так называемой височной эпилепсии характеристик.

Одним из принципиальных в плане судебно-психиатрической оценки признан вопрос о том,

относится 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 специалистов 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, особенно, о психическом состоянии обвиняемого в период совершения им уголовно-наказуемых деяний [41].

B.L. Brand и соавт. [42] высказались категорически против мифов, возникших вокруг ДРИ. С их точки зрения, ДРИ бывает сложным посттравматическим расстройством развития, для понимания которого существует авторитетная исследовательская база, но остаётся ряд неверных концепций об этом расстройстве. К ним причислены следующие:

- 1) убеждение, что ДРИ — это причуда;
- 2) убеждение, что ДРИ в основном диагностируют в Северной Америке и что присутствует гипердиагностика расстройства;
- 3) убеждение, что ДРИ встречается редко;
- 4) убеждение, что ДРИ бывает ятрогенным, а не травматически обусловленным расстройством;
- 5) убеждение, что ДРИ является той же сущностью, 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 расстройствам, значимость и представленность которых в психиатрической практике кажется им существенно преувеличенной [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. было зарегистрировано уже 20 000 случаев [45]. В русскоязычной литературе имеются единичные описания диссоциативного расстройства идентичности [46]. Данный процесс был назван

«эпидемией психической болезни», приводящей к вовлечению значительных финансовых средств, созданию специализированных лечебных учреждений и появлению множества самопровозглашённых 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 влияют на клиническую картину;
- 4) ДРИ становится поводом для привлечения внимания и важной темой для обсуждения с другими;
- 5) исключение диагноза ДРИ ведёт к разочарованию или гневу пациента.

Перечисленные критерии нельзя признать достоверными, поскольку они носят субъективный характер.

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

Даниила А. позволяет в очередной раз заострить общую для современной психопатологии проблему возможности диагностирования психотических расстройств в рамках непсихотической патологии. Кроме того, отмеченные клинические особенности случая ставят вопрос о необходимости чёткой дифференциации галлюцинаций с галлюциноидами, бреда с бредоподобными фантазиями. Это позволит избежать диагностических ошибок.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Менделевич В.Д. — анализ клинического случая, обследование больного, обзор литературы; Ивашев А.С. — обследование больного; Газизуллин Т.Р. — анализ клинического случая; Менделевич Е.Г. — анализ клинического случая, обследование больного, обзор литературы.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** Mendelevich V.D. — analysis of the clinical case, examination of the patient, literature review; Ivashev A.S. — examination of the patient; Gazizullin T.R. — analysis of the clinical case; Mendelevich E.G. — analysis of the clinical case, examination of the patient, literature review.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ribolsi M., Fiori Nastro F., Pelle M. et al. Recognizing psychosis in autism spectrum disorder // *Front. Psychiatry*. 2022. Vol. 13. P. 768586. DOI: 10.3389/fpsy.2022.768586.
2. Savero N., Aji A.P., Alim A.H. et al. Hallucination in patients with borderline personality disorder // *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*. 2022. Vol. 3. N. 1. P. 40–42. DOI: 10.21776/ub.jpbr.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. Vol. 29. N. 2. P. 631–641. DOI: 10.1002/cpp.2655.
4. Менделевич В.Д., Гатин Ф.Ф., Хамитов Р.Р. и др. Психотические симптомы при непсихотических расстройствах: ошибки диагностики или новая реальность? // *Неврологический вестник*. 2022. Т. 2. С. 5–12. DOI: 10.17816/nb108655.
5. Кутлубаев М.А., Менделевич В.Д., Дюкова Г.М., Белюсова Е.Д. Проблема коморбидности эпилепсии и психогенных пароксизмов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. Т. 120. №5. С. 138–145. DOI: 10.17116/jnevro2020120051138.
6. Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации. Баку: Маариф; 1983. 304 с.
7. Крылов В.И. Психопатологическая квалификация и диагностическое значение нарушений чувственного познания (галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюци-

- ноиды) // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017. Т. 19. №6. С. 4–9.
8. Бехтерев В.М. О слышании собственных мыслей. Антология избранных тестов отечественных психиатров / Под ред. П.В. Морозова. М.: Городец; 2016. 368 с.
9. Шишковская Т.И. Внутренняя речь: размытая грань между патологией и нормой // *PsyAndNeuro. Психиатрия & Нейронауки*. 2020. <http://psyandneuro.ru/stati/private-speech/> (дата обращения: 05.01.2023).
10. Alderson-Day B., Fernyhough C. Inner speech: development, cognitive functions, phenomenology, and neurobiology // *Psychological bulletin*. 2015. Vol. 141. N. 5. P. 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. Vol. 62. N. 2. P. 816–847. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2012.04.062.
12. Менделевич Д.М. Вербальный галлюциноз. Казань: Казанский ГУ; 1980. 246 с.
13. Moskowitz A., Corstens D. Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? // *Journal of Psychological Trauma*. 2007. Vol. 6. N. 2–3. P. 35–63. DOI: 10.1300/J513v06n02\_04.
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. Т. 10. С. 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. Т. 1. <https://psyjournal.ru/articles/diagnostika-i-lechenie-rasstroystva-mnozhestvennoy-lichnosti> (дата обращения: 05.01.2023).
18. Longden E., Branitsky A., Moskowitz A. et al. The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: A meta-analysis // Schizophrenia Bulletin. 2020. Vol. 46. N. 5. P. 1104–1113. DOI: 10.1093/schbul/sbaa037.
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. Vol. 23. N. 5. P. 521–538. DOI: 10.1080/15299732.2022.2064579.
20. Martinez A.P., Dorahy M.J., Nesbit A., Middleton W. Delusional beliefs and their characteristics: A comparative study between dissociative identity disorder and schizophrenia spectrum disorders // Journal of Psychiatric Research. 2020. Vol. 131. N. 7. P. 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. Vol. 208. N. 9. P. 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. Vol. 197. N. 12. P. 892–898. 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. Vol. 13. N. 4. P. 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. Vol. 219. P. 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., Кузьмина Е.А. Диссоциативное расстройство идентичности: психологический конструкт или клиническая реальность (наблюдение из практики детской психиатрии) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020. Т. 20. №3. С. 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. Vol. 12. P. 620063. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.620063.
28. Gauld C., Espi P., Revol O., Fournier P. Explanatory hypotheses of the ecology of new clinical presentations of dissociative identity disorders in youth // Front. Psychiatry. 2022. Vol. 13. P. 965593. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.965593.
29. Агарков В.А. Диссоциация и пограничное расстройство личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 81. №2. С. 10–37.
30. Petric D. Dissociation, dissociative disorders and partial psychosis // Open Journal of Medical Psychology. 2022. Vol. 11. P. 243–253. DOI: 10.4236/ojmp.2022.114018.
31. Pick S., Rojas-Aguiluz M., Butler M. et al. Dissociation and interoception in functional neurological disorder // Cognitive Neuropsychiatry. 2020. Vol. 25. P. 294–311. DOI: 10.1080/13546805.2020.1791061.
32. Opjordsmoen S. Delusional disorder as a partial psychosis // Schizophrenia Bulletin. 2014. Vol. 40. P. 244–247. DOI: 10.1093/schbul/sbt203.
33. Gillig P.M. Dissociative identity disorder: A controversial diagnosis // Psychiatry (Edgmont). 2009. Vol. 6. N. 3. P. 24–29.
34. Orlof W., Rozenek E.B., Waszkiewicz N., Szweczek B. Dissociative identity (multiple personality) disorder in Poland: A clinical case description and diagnostic difficulties // Adv. Psychiatry Neurol. 2021. Vol. 30. N. 3. P. 213–218. DOI: 10.5114/ppn.2021.110804.
35. Haravuori H., Tuisku K., Torkkola K. et al. Four selves of a student — a case report of dissociative identity disorder // Psychiatria Fennica. 2021. Vol. 52. P. 116–125.
36. Попов С.М. История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах // Психиатрия. 2019. Т. 17. №4. С. 90–101. DOI: 10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101.
37. Kaplan A.M., Smith C.M. Schizotypal personality disorder disguised as dissociative identity disorder // BMJ Case Rep. 2021. Vol. 14. N. 7. P. e243454. DOI: 10.1136/bcr-2021-243454.
38. Ross C.A. The theory of a dissociative subtype of schizophrenia. In: *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-IV and beyond*. P.F. Dell, J.A. O’Neil (eds.). 2009. P. 557–568.
39. Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К. и др. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных) // Журнал неврологии и психиатрии. 2014. Т. 12. С. 12–22. DOI: 10.17116/jnevro201411412112-22.
40. Devillé C., Moeglin C., Sentissi O. Dissociative disorders: Between neurosis and psychosis. Hindawi Publishing Corporation // Case Reports in Psychiatry. 2014. С. 425892. DOI: 10.1155/2014/425892.
41. Мотов В.В. Расстройство в виде множественной личности в США. Клинические и судебно-психиатрические аспекты // Независимый психиатрический журнал. 2005. Т. 1. С. 57–67.
42. Brand B.L., Sar V., Stavropoulos P. et al. Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder // Harvard Review of Psychiatry. 2016. Vol. 24. N. 4. P. 257–270. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000100.
43. Pietkiewicz I.J., Bańbura-Nowak A., Boon S. Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder // Front. Psychol. 2021. Vol. 12. P. 637929. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.637929.
44. Перехов А.Я., Сидоров А.А. Психопатология «модных» диссоциативных расстройств // Журнал социальной и клинической психиатрии. 2022. Т. 32. №3. С. 98–107.
45. Kabene S.M., Balkir Neftci N., Papatzikis E. Dissociative identity disorder and the law: Guilty or not guilty? // Front. Psychol. 2022. Vol. 13. P. 891941. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.891941.
46. Шмилович А.А., Свечникова П.С. Диссоциативное расстройство идентичности // Независимый психиатрический журнал. 2021. Т. 2. С. 40–64.

## REFERENCES

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. Saverio N, Aji AP, Alim AH 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.jpbr.2022.003.01.10.
3. Hayward M, Jones A-M, Strawson WH 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. DOI: 10.1002/cpp.2655.
4. Mendelevich VD, Gatin FF, Hamitov RR et al. Psihoticheskie simptomy pri nepsihoticheskikh rasstrojstvah: oshibki diagnostiki ili novaya real'nost'? *Nevrologicheskij vestnik*. 2022;2:5–12. (In Russ.) DOI: 10.17816/nb108655.
5. Kutlubaev MA, Mendelevich VD, Dyukova GM, Belousova ED. Problema komorbidnosti epilepsii i psihogennyh paroksizmov. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2020;120(5):138–145. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro2020120051138.
6. Rybal'skij MI. *Ilyuzii i gallyucinacii*. Baku: Maarif; 1983. 304 p. (In Russ.)
7. Krylov VI. Psihopatologicheskaya kvalifikaciya i diagnosticheskoe znachenie narushenij chuvstvennogo poznaniya (gallyucinacii, psevdogallyucinacii, gallyucinoidy). *Psihiatriya i psiho-farmakoterapiya*. 2017;19(6):4–9. (In Russ.)
8. Bekhterev VM. *O slyshanii sobstvennyh myslej. Antologiya izbrannyh testov otechestvennyh psikiatrov*. Pod red. PV Morozova. M.: Gorodec; 2016. 368 p. (In Russ.)
9. Shishkovskaya TI. Vnutrennyaya rech': razmytaya gran' mezhdru patologiej i normoj. *PsyAndNeuro. Psihiatriya & Neiro-nauki*. 2020. <http://psyandneuro.ru/stati/private-speech/> (access date: 05.01.2023). (In Russ.)
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 CJ. 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. Mendelevich DM. *Verbal'nyj gallyucinoz*. Kazan': Kazan State University; 1980. 246 p. (In Russ.)
13. Moskowitz A, Corstens D. Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*. 2007;6(2–3):35–63. DOI: 10.1300/J513v06n02\_04.
14. Mendelevich VD. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoy diagnostiki v psikiatrii*. M.: Gorodec; 2016. 128 p. (In Russ.)
15. Pyatnickii NYu. Sindrom "bredopodobnogo fantazirovaniya" v koncepcii K. Birnbauma. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 2016;10:76–81. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro201611610176-81.
16. Kravchenko IV. *Sindrom fantazirovaniya u detej: klinika, dinamika, sistematika*. Dis. ... kand. med. nauk. SPb.; 2021. 155 p. (In Russ.)
17. Patnem FV. Diagnostika i lechenie rasstrojstva mnozhestvennoj lichnosti. *Zhurnal Prakticheskoy Psihologii i Psihoanaliza*. 2004;1. <https://psyjournal.ru/articles/diagnostika-i-lechenie-rasstrojstva-mnozhestvennoj-lichnosti> (access date: 05.01.2023). (In Russ.)
18. Longden E, Branitsky A, Moskowitz A et al. The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2020;46(5):1104–1113. DOI: 10.1093/schbul/sbaa037.
19. Nesbit A, Dorahy MJ, Palmer Ret 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 AP, Dorahy MJ, Nesbit A, Middleton W. 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 CA. Voices: Are they dissociative or psychotic? *J Nerv Ment Dis*. 2020;208(9):658–662. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001206.
22. Dorahy MJ, 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):892–898. 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 TS, Veltman DJ. 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. Korolenko CP, Dmitrieva NV. *Lichnostnye i dissociativnye rasstrojstva: rasshirenie granic diagnostiki i terapii*. Novosibirsk; 2006. 437 p. (In Russ.)
26. Koren' EV, Kupriyanova TA, Ponomareva KI, Kuz'mina EA. Dissociativnoe rasstrojstvo identichnosti: psihologicheskij konstrukt ili klinicheskaya real'nost' (nablyudenie iz praktiki detskoj psikiatrii). *Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov*. 2020;20(3):58–64. (In Russ.)
27. Dorahy MJ, Huntjens RJC, Marsh RJ 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, Fournier P. 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. Agarkov VA. Dissociaciya i pograničnoe rasstrojstvo lichnosti. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*. 2014;81(2):10–37. (In Russ.)
30. Petric D. Dissociation, dissociative disorders and partial psychosis. *Open Journal of Medical Psychology*. 2022;11:243–253. DOI: 10.4236/ojmp.2022.114018.
31. Pick S, Rojas-Aguiluz M, Butler M et al. Dissociation and interoception in functional neurological disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2020;25:294–311. DOI: 10.1080/13546805.2020.1791061.
32. Opjordsmoen S. Delusional disorder as a partial psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40:244–247. DOI: 10.1093/schbul/sbt203.
33. Gillig PM. Dissociative identity disorder: A controversial diagnosis. *Psychiatry (Edmont)*. 2009;6(3):24–29.
34. Orlof W, Rozenek EB, Waszkiewicz N, Szwczak B. Dissociative identity (multiple personality) disorder in Poland: A clinical

cal case description and diagnostic difficulties. *Adv Psychiatry Neurol.* 2021;30(3):213–218. DOI: 10.5114/ppn.2021.110804.

35. Haravuori H, Tuisku K, Torkkola K et al. Four selves of a student — a case report of dissociative identity disorder. *Psychiatra Fennica.* 2021;52:116–125.

36. Popov SM. Istoriya formirovaniya koncepcij i sovremennye predstavleniya ob isterii pri endogennyh psichicheskikh rasstrojstvah. *Psichiatriya.* 2019;17(4):90–101. (In Russ.) DOI: 10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101.

37. Kaplan AM, Smith CM. Schizotypal personality disorder disguised as dissociative identity disorder. *BMJ Case Rep.* 2021;14(7):e243454. DOI: 10.1136/bcr-2021-243454.

38. Ross CA. The theory of a dissociative subtype of schizophrenia. In: *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. PF Dell, JA O'Neil (eds.). 2009. p. 557–568.

39. Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK et al. Dissociativnye reakcii v traektorii razvitiya shizotipicheskogo rasstrojstva lichnosti (na modeli nozogenii u onkologicheskikh bol'nyh). *Zhurnal nevrologii i psichiatrii.* 2014;12:12–22. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro201411412112-22.

40. Devillé C, Moeglin C, Sentissi O. Dissociative disorders: Between neurosis and psychosis. Hindawi Publishing

Corporation. *Case Reports in Psychiatry.* 2014;425892. DOI: 10.1155/2014/425892.

41. Motov VV. Rasstrojstvo v vide mnozhestvennoj lichnosti v SSHA. Klinicheskie i sudebno-psichiatricheskie aspekty. *Nezavisimyy psichiatricheskij zhurnal.* 2005;1:57–67. (In Russ.)

42. Brand BL, Sar V, Stavropoulos P et al. Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry.* 2016;24(4):257–270. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000100.

43. Pietkiewicz IJ, Bańbura-Nowak A, Boon S. Revisiting false-positive and imitated dissociative identity disorder. *Front Psychol.* 2021;12:637929. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.637929.

44. Perekhov AYa, Sidorov AA. Psihopatologiya “modnyh” dissociativnyh rasstrojstv. *Zhurnal social'noj i klinicheskoy psichiatrii.* 2022;32(3):98–107. (In Russ.)

45. Kabene SM, Balkir Neftci N, Papatzikis E. Dissociative identity disorder and the law: Guilty or not guilty? *Front Psychol.* 2022;13:891941. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.891941.

46. Shmilovich AA, Svechnikova PS. Dissociativnoe rasstrojstvo identichnosti. *Nezavisimyy psichiatricheskij zhurnal.* 2021;2:40–64.

## ОБ АВТОРАХ

**Менделевич Владимир Давыдович**, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;  
eLibrary SPIN: 2302-2590;  
e-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

**Ивашев Антон Сергеевич**, врач-психиатр, зав. отделением;  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-3954-587X>;  
e-mail: antdta@mail.ru

**Газизуллин Тимур Рустемович**, врач-психиатр, зам. глав. врача;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3100-6291>;  
eLibrary SPIN: 8872-3118;  
e-mail: kary85@mail.ru

**Менделевич Елена Геннадьевна**, докт. мед. наук, проф., каф. неврологии и реабилитации;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6829-7942>;  
eLibrary SPIN: 5970-6926;  
e-mail: emendel@mail.ru

## AUTHOR'S INFO

**Vladimir D. Mendelevich**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Head of the Depart., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;  
eLibrary SPIN: 2302-2590;  
e-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

**Anton S. Ivashev**, M.D., Psychiatrist, Head of Depart.;  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-3954-587X>;  
e-mail: antdta@mail.ru

**Timur R. Gazizullin**, M.D., Psychiatrist, Deputy Head Physician;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3100-6291>;  
eLibrary SPIN: 8872-3118;  
e-mail: kary85@mail.ru

**Elena G. Mendelevich**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Department of Neurology and Rehabilitation;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6829-7942>;  
eLibrary SPIN: 5970-6926;  
e-mail: emendel@mail.ru