



УДК: 616.89

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb624043>

## Диссоциация, «ОКР наоборот» и несостоявшаяся шизофрения. Случай Алсу Б.

В.Д. Менделевич, А.А. Каток, Т.З. Бейбалаева, А.А. Капралов, Р.Р. Абакаров

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

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

### АННОТАЦИЯ

В статье приведено описание редкого клинического случая тяжёлого гистрионического расстройства личности с проявлениями нетипичного обсессивно-компульсивного расстройства («обсессивно-компульсивного расстройства наоборот»), приведшего к ошибочной диагностике шизофрении и определению нетрудоспособности пациентки. За восьмилетний период психиатрического наблюдения девочке выставляли множество различных диагнозов в ведущих российских и зарубежных клиниках — от соматоформного, ипохондрического и обсессивно-компульсивного расстройства до шизофреноформного, биполярного аффективного расстройства и параноидной шизофрении с эмоционально-волевым дефектом. В статье обоснованы диагноз гистрионического расстройства личности и ошибочность иных диагнозов. Приведён краткий обзор литературы по коморбидности диссоциативных и обсессивно-компульсивных расстройств.

**Ключевые слова:** диссоциативные расстройства, гистрионическое расстройство личности, шизофрения, обсессивно-компульсивное расстройство, диагностика психических расстройств.

### Для цитирования:

Менделевич В.Д., Каток А.А., Бейбалаева Т.З., Капралов А.А., Абакаров Р.Р. Диссоциация, «ОКР наоборот» и несостоявшаяся шизофрения. Случай Алсу Б. // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 4. С. 35–49. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb624043>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb624043>

## Dissociation, “OCD IN REVERSE” and unfulfilled schizophrenia. Case Alsu B.

Vladimir D. Mendelevich, Alyona A. Katok, Tangyul Z. Beybalaeva,  
Andrej A. Kapralov, Radzhab R. Abakarov

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

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

### ABSTRACT

The article describes a rare clinical case of severe histrionic personality disorder featuring manifestations of an atypical obsessive-compulsive disorder (“obsessive-compulsive disorder in reverse”), which led to an erroneous diagnosis of schizophrenia and classification of the patient as disabled. Over an eight-year period of psychiatric observation, the girl was given many different diagnoses in leading Russian and foreign clinics — from somatoform, hypochondriac and obsessive-compulsive disorder to schizophreniform disorder, bipolar affective disorder and paranoid schizophrenia with an emotional and volitional deficits. The article substantiates the diagnosis of histrionic personality disorder and the incorrectness of other diagnoses. The article also provides a brief review of the literature regarding the comorbidity of dissociative and obsessive-compulsive disorders.

**Keywords:** *dissociative disorders, histrionic personality disorder, schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, diagnosis of mental disorders.*

### For citation:

Mendelevich VD, Katok AA, Beybalaeva TZ, Kapralov AA, Abakarov RR. Dissociation, “OCD in reverse” and unfulfilled schizophrenia. Case Alsu B. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(4):35–49. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb624043>.

Клинический случай Алсу Б. 21 года привлёк наше внимание тем, что за время наблюдения в ведущих российских и зарубежных клиниках психиатры выставляли девочке множество различных диагнозов — от соматоформного, ипохондрического и обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) до шизофреноформного, биполярного аффективного расстройства и параноидной шизофрении с эмоционально-волевым дефектом. На протяжении последних лет Алсу находится на первой группе инвалидности по психическому расстройству (шизофрении). Однако патологической динамики её психического состояния, как это бывает при шизофрении, нет, а оценка доминирующего психопатологического синдрома требует переосмысления.

*Алсу Б. 21 года.* При нынешнем обращении к врачам высказала просьбу назначить ей  $\alpha$ -адреноблокаторы, «поскольку [её] надпочечники вырабатывают много адреналина», и от этого у неё «не прекращаются приступы психического расстройства». Терапевт перенаправил пациентку к психиатру.

*Анамнез жизни и болезни.* Наследственность психическими расстройствами и генетическими заболеваниями не отягощена. Родилась в срок, единственный ребёнок в семье. Папа и мама филологи, но мама в настоящее время не работает, поскольку ей приходится «ухаживать за больной дочерью», которая требует постоянно быть с ней рядом и неукоснительно выполнять выработанные ей ритуалы. Отношения в семье формально хорошие.

Беременность у матери первая, желанная, протекала нормально (до беременности была резекция яичника). Роды естественные на сроке 39 нед. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, при родах было обвитие пуповины вокруг ножки, после рождения была подключена к аппарату искусственной вентиляции лёгких — во время прохождения родовых путей развилась гипоксия. Масса тела при рождении 3200 г, рост 52 см. Из родильного дома были выписаны на 5-й день.

В первые 3 мес Алсу была беспокойным ребёнком, долго и пронзительно кричала. Первые слова стала произносить в 18 мес. Детские дошкольные учреждения посещала с 3 лет, недолго, так как часто болела простудными заболеваниями. Воспитанием занимались мама и бабушка. С 5-летнего возраста посещала музыкальную школу по классу фортепьяно. В свободное время любила снимать себя на камеру,

перевоспитываться в корреспондента, пародировать популярных певиц, росла в атмосфере доброжелательности, любви, потакания её капризам и потребностям. Во время прогулок на улице подружилась со своими сверстниками, охотно с ними общалась. «У меня не было хорошего отношения, любви к матери. Мне было, например, противно с ней обниматься с детства».

С 7 лет пошла в специализированную (английскую) школу. Адаптировалась не сразу. Со слов мамы, часто приходила домой испуганной, после того как учитель повышал голос. В начальной школе училась на «отлично», получала похвалы от учителей, делала успехи в освоении языков. Свободное от учёбы время проводила под присмотром матери, была освобождена от выполнения простых повседневных обязанностей (мытьё посуды, уборка постели). «Мама меня сильно опекала, до 7-го класса провожала в школу, так как во дворе бегали собаки и могли на меня напасть. Она мне всю жизнь посвятила, а от болезни не сберегла». В общении со сверстниками Алсу проявляла угодливость и любезность, с мамой вела себя бесцеремонно, упрекала и предъявляла разнообразные претензии.

Помимо хорошей успеваемости в школе, была награждена дипломами на конкурсах, к примеру за лучшие стихи. По оценкам учителей и членов конкурсных комиссий, стихи отличались глубиной и осмысленностью. Писала стихи на разных языках (русском, татарском, английском). Также участвовала в олимпиадах по литературе, занимала первые места («я тогда радовалась, я их «сделала», чувствовала себя лучше остальных».

В музыкальной школе занимала первые места на конкурсах, считала, что не имела права быть хуже других, повышала планку — «мне это много стоило, концерты — это стресс, боялась подвести и опозориться». Помимо фортепьяно, занималась пением, «но меня всегда ставили враз», «с 3-го класса обучения в музыкальной школе началась конкуренция, кого-то выделяли, меня обделяли, когда нужно было петь сложный дуэт, учитель говорила, что это не мой, я до сих пор этого не пережила, а в 8-м классе высказала все обиды в сообщении учителю, хотела вызвать чувство вины, учитель попросила прощения».

По характеру мама называла её «перфекционисткой, яркой и энергичной». В детстве были некоторые незначительные навязчивости: хотелось крутиться по часовой стрелке, а потом против, поскольку было ощущение «как будто

нитка вокруг запуталась». В 6-летнем возрасте навязчиво хотелось потрогать утюг «а вдруг он горячий», «хотелось убедиться, что он остыл, чтобы мозги успокоились». Как-то потрогала оставшийся горячим утюг — появился волдырь на ладони. В 10-летнем возрасте стали появляться навязчивые мысли о том, что «когда смывается унитаз и слышен звук воды, этого нельзя слушать, чтобы не стошнило, в связи с этим при смывании закрывала руками уши».

Кроме того, навязчиво считала буквы в названиях, эмблемах («пока мимо едем, если не успею посчитать, то что-то случится, могло вырвать, ощущала тошноту»). Появилось «паническое чувство тошноты по ночам, когда мама выключала свет». Вела себя «странно» — наклоняла голову вперёд, моргала, открывала рот. С этого времени начала испытывать ненависть к маме и «ко всему миру», начала конфликтовать с мамой, был конфликт с отцом (побил в ответ на то, что Алсу обижала маму), после этого грубое поведение прошло. Посетила психолога, который не обнаружил у девочки никакой психической патологии.

С 5-го класса школы появилась подруга, и на душе «стало легче», поскольку «раньше не хватало времени на друзей». Однако отмечала, что внутренне ей с каждым годом становилось всё хуже и хуже.

Окончила музыкальную школу с красным дипломом.

Появились «приступы чистоплотности» — хотелось, чтобы всё лежало на своём месте, «если было грязно, доводила всё до идеала, стол вытирала влажной салфеткой». Стала ощущать потребность в порядке («всё должно было лежать ровно, бесили складки на штанах, всё время поправляла хвостик (причёску)»). По многу раз могла включать и выключать звук на телевизоре, необходимо было услышать слова «00 минут».

Во время поездки в Германию «отравилась чаем», поднялась температура тела, появилась рвота, подумала, что чай кем-то был отравлен. На отдыхе в Турции перенесла ротавирусную инфекцию, были жидкий стул и субфебрильная температура тела, испытывала выраженную тревогу, слабость, «было страшно болеть». Именно в Турции поняла, что необходимо плакать, чтобы снять напряжение, хоть недолго, но вместе с мамой.

После выздоровления было тяжело посещать школу, в течение всего 6-го класса пропу-

скала школу «хотела спать, не было аппетита, сил, болело горло — часто с ангиной и высокой температурой», жаловалась, что ей плохо, «папа был недоволен, так как учитель не верила, что я болею, но училась я хорошо из последних сил».

Осмотрена кардиологом, неврологом, эндокринологом, но соматические заболевания не выявлены. Была назначена аминокислотная кислота, после приёма которой самочувствие улучшилось.

С 12-летнего возраста стала раздражительной, жаловалась на упадок сил, болезненные ощущения в проекции грудины, была переведена на домашнее обучение. С этого времени появились *приступы неадекватного поведения в виде пронзительного, громкого, длительного крика в моменты, когда ей что-то было необходимо от мамы*. Сначала это происходило исключительно в ночное время. После крика ей нужно было обязательно проплакаться, и чтобы мама держала её за руку. Стала реже выходить из дома, целые дни проводила за просмотром телевизора, высказывала многочисленные жалобы на своё «тяжёлое состояние», «как будто ранена душа», открыто заявляла о нежелании жить.

Ещё большее ухудшение состояния наступило через год после выпускного вечера в музыкальной школе. «Было постоянно обидно, всё плохо, сил не было, страх, боязнь смерти, а что будет, если я умру, казалось, что у меня рак, а вдруг рак, аппендицит или проблемы с жёлчным пузырём».

Впервые детским психиатром была осмотрена в возрасте 13 лет. *Предъявляла жалобы на плохой сон, непреодолимое желание кричать по ночам, что сама называла «устроить ор», повышенной конфликтностью с родными, особенно с матерью. На приёме просила врача подсказать лучший способ суицида*. По неотложным показаниям была госпитализирована в детское отделение психиатрической больницы, где находилась вместе с матерью в течение 3 дней. При поступлении говорила о «желании громко плакать». Просила разрешения выйти из комнаты и покричать, поплакать «потому что у меня вот здесь разрывается» — показывала на область грудной клетки. Была фиксирована на этом желании. В отделении была внешне опрятной, суетливой, совершала стереотипные движения руками, подкашливала, периодически заламывала руки, поднимала глаза вверх.

От предложенных лекарственных назначений мама отказалась. Девочка умоляла её выписать, говорила, что ей «безумно плохо... даже не пред-

ставляете как! Вот тут в душе ужасно тяжело», «тут всё у вас не так, домой мне надо, что вы меня мучаете». При этом могла резко повысить голос, сорваться на крик, крайне грубо вести себя с мамой, чего никогда не происходило в отношении персонала. «Уже год как мне плохо, не знаю даже, *вот тут в груди, что-то душу давит, и ночью кричу, потому что мне так плохо*». В течение дня не отпускала маму от себя. За время госпитализации принимала бензодиазепины, антипсихотические средства. Была выписана с диагнозом **«психастенический невроз со смешанной соматоформной (в виде дисфункции вегетативной нервной системы) и ипохондрической симптоматикой в рамках патохарактерологического развития личности с истероидными чертами**». После этого амбулаторно посещала психиатра, принимала сульпирид и милнаципран.

После выписки посчитала отца предателем, который положил её в психиатрическую больницу, и требовала, чтобы он ушёл от них с мамой. Родители приняли решение поселить её с мамой отдельно от отца на съёмном коттедже. Психическое состояние, несмотря на переезд, не стабилизировалось, вследствие чего родители приняли решение о госпитализации в частную психиатрическую клинику.

*В стационаре кричала 5 дней подряд «нечеловеческим голосом», потому что ей нужно было делать ритуалы и плакать, а мамы рядом не было.* Была переведена на дневной стационар, принимала рисперидон, хлорпротиксен, депакин. Говорила, что ей очень плохо, что *ей мысли постоянно что-то приказывают*. Затем повторно была госпитализирована в ту же клинику. Получала галоперидол, бензодиазепины, клопиксол, что, по её мнению, привело только к усилению «ора». Через месяц после приёма трифлуоперазина «началась страшная агрессия», и препарат был заменён на амисульприд. На первой же неделе исчезла агрессия, появилось желание встречаться с подругами, гулять, но «плач и другие ритуалы не прошли». Начала с удовольствием ходить в школу на индивидуальные встречи с учителями. Всё это время жила с матерью в съёмном коттедже, но соседи жаловались на крики и грозились выселить их через суд.

Ухудшение наступило неожиданно без каких-либо внешних причин, и как-то она подралась с мамой. Со слов матери «ребёнка как подменили: бесконечные крики, агрессия, поднимала на меня руку, говорила, что боится наглотаться таблеток».

Через полгода была в очередной раз госпитализирована в психиатрический стационар, где находилась с течением 2 мес с диагнозом **«шизофрения, детский тип, непрерывное течение, параноидная форма, галлюцинаторно-бредовый синдром с компульсивными расстройствами, выраженный эмоционально-волевой дефект**». В стационар была направлена участковым психиатром, на приёме у которого девочка говорила, что в голове у неё *«сидят твари», которые мысленно приказывают «совершать дурные поступки (ударить бабушку, броситься под поезд) и которым [она] сопротивляется и не делает то, что они ей указывают»*.

В приёмном покое кричала в полный голос, била себя кулаками по голове, убегала в другую комнату, звонила отцу и просила «её спасти». В отделении жаловалась лечащему врачу на постоянное «чувство расширения в груди непонятной энергии» с чувством желания кричать и шуметь, плакать и бить грушу или мать, ощущение в голове мыслей, что с ней что-то плохое произойдёт, если не будет кричать или плакать, что у неё мысли, подсказывающие, что надо что-либо сделать с собой, матерью, что они ей угрожают. Пришла к выводу, что ей подсказали чужие мысли, что надо громко кричать, плакать, чтобы «не разорваться», затем появилось непреодолимое желание кричать, драться, плакать. Мысли, подсказывающие неприятности, приходили всё чаще и чаще. За время госпитализации получала клозапин, галоперидол, хлорпромазин, дифенгидрамин (димедрол), пипофезин, карбамазепин, бензодиазепины.

*Школьная характеристика на Алсу Б., ученицу 9-го класса.* На протяжении всего периода обучения учебные предметы осваивала хорошо. Была покладиста, дисциплинирована, спокойна, доброжелательна. Однако, начиная с 7-го класса, появилось ухудшение успеваемости по многим дисциплинам. Учителя стали отмечать быструю утомляемость, неумение концентрироваться на поставленных задачах. Алсу тяжело давались точные науки, появились проблемы с математикой, физикой, химией. Что касается гуманитарных предметов, то здесь возникали проблемы с запоминанием учебного материала. Общественная активность стала недостаточно высокой, хотя Алсу проявила себя как неплохой исполнитель, охотно выполняла поручения, но лидерские позиции в классе не занимала. Она стала более замкнутой, ни с кем не имела тесных дружеских отношений.

Третья госпитализация с диагнозом **«шизофрения, детский тип, непрерывный тип течения, галлюцинаторно-бредовый синдром»** была осуществлена скорой помощью. Ухудшение случилось в течение недели, когда на фоне поддерживающей терапии (оланзапин, амисульприд, галоперидол) стала напряжённой, конфликтовала с матерью, начала кричать, избивать мать, нарушился сон, появилось ощущение, что её непонятные силы разрывают на части.

В отделении жаловалась на плохой сон, желание кричать и плакать, драться. В беседе вскакивала с места, начинала кричать по 5–6 мин, громко выть, потом прыгать до сотрясения пола. Уговорам не поддавалась, говорила, что «непонятная сила разрывает [её] на части, что надо кричать и плакать, прыгать». В отделении говорила *«я хочу плакать и кричать, но для этого мне нужна мама, я хочу, чтобы мама была при мне»*, жаловалась на ощущение в голове «своих и чужих мыслей», воспринимаемых ею как «голос», но без звучания. Именно эти мысли приказывали шуметь, кричать, драться, «иногда хочется умереть, бросится под поезд в метро или под машину, меня переполняет энергия, разрывает на части, мне лекарства не помогают». В отделении получала диазепам, хлорпромазин, дифенгидрамин (димедрол), галоперидол, трифлуоперазин, кветиапин, вальпроовую кислоту (депакин хроно), клозапин. После выписки были рекомендованы клозапин, трифлуоперазин и клопирамин (анафранил).

*Характеристика Алсу со слов отца.* До острой фазы болезни дочь отличалась добротой и справедливостью в отношениях с родителями, родственниками, друзьями. После начала болезни, особенно в период приступов, вела себя крайне вызывающе и агрессивно. Исключения составляли краткие периоды между приступами — во время общения с друзьями она была совершенно нормальной, также старалась сдерживаться со старшими родственниками, осознавая, что орать до хрипоты в их присутствии некультурно. Однако, как только друзья уходили, отрывалась в рёве по полной, сотрясая стены и пять квартир соседей вокруг.

В спокойные моменты с удовольствием смотрела музыкальные передачи, особенно «Голос», мечтала выступить в этом конкурсе. Очень сожалела, что в музыкальной школе преподаватели, по объективным причинам, не давали развить ей сольную карьеру. Особо отец отметил,

что чувство юмора у Алсу было абсолютно адекватным.

*С какого-то времени у Алсу появилось множество ритуалов.* Особенно частым был и остаётся ритуал прощания с мамой, даже когда та просто уходила в магазин на несколько минут. Нужно было несколько раз сказать «пока», причём разными громкостями голоса, синхронно и т.д. Иногда фантазировала, представляла себя «Пёсиком» и просила общаться с ней соответствующим образом. И причиной начала «ора» нередко становилось то обстоятельство, что её («Пёсика») ругает хозяйка за то, что «он погрыз её тапочки или, в особенно плохом настрое, ей (Пёсику) отрезали уши». Всё это давало основание для начала её приступа. Время от времени наступал эффект привыкания. Уже такого чувства «обиды» не было, и она фантазировала новые «плакательные» образы и ситуации.

С учителями и незнакомыми вела себя нормально, сообразно возрасту и ситуации. В месяцы, предшествовавшие последнему обращению к психиатрам за консультацией, у Алсу примерно каждые два часа случались приступы агрессии в отношении близких, в основном мамы. Она выискивала причину или даже без причины начинала унижать маму, издеваться над ней, орать, колотить мебель и, таким образом заводя себя, достигала эмоционального пика. Если в этот момент её начинали воспитывать и указывать на недопустимость подобного отношения к близким, Алсу могла наброситься на обидчика с кулаками. Предупреждения о возможных правовых последствиях нападения на маму вызывали у неё ещё большую агрессию.

После достижения эмоционального пика (добившись, чтобы её унижения «проглотили») она переходила на рыдания, просила, чтобы мы её в это время жалели, и у неё на некоторое время наступало облегчение. Жалеть в её понимании значит простить за причинённые только что оскорбления.

Алсу отказывается что-либо делать по дому и обслуживать себя. Мама выступает её неотступной служанкой. Она ищет любой повод начать конфликт, такая потребность в моральном садизме, но только в отношении близкого человека, так как знает, что никто другой это терпеть не сможет и даст сдачи. Поскольку приступы агрессии случаются практически каждые 2–3 ч во время бодрствования, я предположил, что ей не хватает каких-либо гормонов, и она таким

образом сама нагоняет себе в кровь адреналин или «сжигает» его таким образом.

Мы обратились к врачу, которая является одновременно психиатром и эндокринологом, но она не обнаружила у дочери гормональных отклонений и сказала, что не видит у неё шизофрении, а обнаруживает **биполярное аффективное расстройство**. В связи с этим были назначены стабилизаторы настроения и антипсихотики (ламотриджин, кветиапин, сертиндол). На фоне новой схемы терапии приступы агрессии стали менее выраженными. Алсу человек творческий, пишет музыку и стихи, сама записывает свои песни на студии, учится в музыкальном колледже неплохо.

В самом начале болезни родные обращались к методам нетрадиционной медицины — «вытаскивали сущность». Алсу полюбила женщину-кинезиолога, которая «высвобождала стресс через точки». Алсу симпатизировала ей, почувствовала себя неодинокой, «привязалась к человеку, даже обнималась с ней, сообщив, что хотела бы залезть в неё» (объясняла свою фразу тем, что с ней ей было комфортно, поэтому хотела быть полностью в ней). Однако поведение кинезиолога как-то резко изменилось — она перестала брать телефонную трубку, отказалась от дальнейших сеансов. Выяснилось, что у этой женщины умерла собака, и она горевала из-за этого, но Алсу посчитала, что именно её сущность, вселившаяся в кинезиолога, убила здоровое животное.

После этого психическое состояние в очередной раз ухудшилось — «Алсу была как в тумане, странно себя вела, орала во дворе школы, ничего не понимала, мозги отключились». В дальнейшем пробовали и другие способы нетрадиционной медицины — «ходили по бабкам, которые читали заклинания». Сторонники нетрадиционной медицины говорили, что у неё неправильно работают надпочечники. Стала думать, что её поведение связано с обменом адреналина, читала специальную литературу, решила, что ей необходимы  $\alpha$ -адреноблокаторы. На приём в медицинский центр пришла именно с этой просьбой — выпить соответствующий лекарственный препарат. Самостоятельно отменила арипипразол, участкового психиатра не посещала, схема лечения не менялась длительное время.

В возрасте 18 лет Алсу консультирована в Женеве доктором М. Ардамондо. При обследовании отмечены марфаноидные признаки, экстрапиримидные симптомы (акатизия, ригидность

мышц, затруднение глотания, тремор), причиной которых, видимо, стала высокая доза препаратов-нейролептиков.

Алсу выглядит моложе своего возраста, опрятна. Во время беседы ведёт себя сдержанно, отстранённо, контакт с собеседником поддерживает слабо. Способность ориентироваться в пространстве и времени сохраняется, однако отмечена повышенная отвлекаемость. Во время беседы демонстрирует ритуально-импульсивное поведение, неоднократно сообщает о желании кричать, которое связывает с навязчивыми идеями («что-то плохое может случиться, если я не закричу»), но себя сдерживает. Общее психомоторное замедление, сниженная двигательная активность. Жесты и походка замедлены. Мимика выражена слабо. Речь относительно дезорганизована. Часто путается в теме беседы, демонстрирует бедность ассоциаций, теряет нить разговора. В целом зафиксированы отсталость речи и бедность мышления (подтверждено переводчиком).

Алсу отрицает наличие бредовых идей, а также изменения восприятия реальности. Наблюдаются эмоциональная неадекватность и некоторая тенденция к эмоциональной индифферентности. Эта тенденция снижается в присутствии матери, когда настроение у Алсу становится дисфоричным, особенно на фоне фрустрации. Симптомов депрессии, суицидальных наклонностей не выявлено. Осознание болезни частичное. Диагноз: **«ОКР с проблемами сознания (F42), сопровождающееся шизофреноформным расстройством без признаков хорошего прогноза в ремиссии (F 20.81)»**.

На когнитивном уровне существенная слабость, что требует полной когнитивной оценки на её родном языке (без переводчика). Сложность клинической картины связана с множеством соматических компонентов, что даёт основание думать о вероятности наличия генетических или метаболических нарушений.

С матерью ребёнка была обговорена необходимость консультации у следующих специалистов: генетика, гинеколога, невролога, эндокринолога. Также обсуждена необходимость госпитализации для постепенного выведения текущих лекарств и назначения арипипразола. После оценки эффективности можно добавить второй препарат (селективный ингибитор обратного захвата серотонина или стабилизатор настроения). Ребёнок может быть госпитализирован в России или Швейцарии

(по желанию родителей). Также рекомендовано начать когнитивно-поведенческую терапию Алсу и психообразование родителей. Была подобрана схема лечения: арипипразол, левомепромазин, бипериден. Предложенную схему Алсу отменила самостоятельно, ссылаясь на возникшие проблемы с глотанием таблеток («я перестала глотать, нужно было, чтобы кто-то сжал руку»).

По приезду в Россию Алсу **была оформлена вторая, а затем первая группа инвалидности по психическому заболеванию бессрочно.**

Несмотря на самостоятельную отмену препаратов, психическое состояние Алсу существенно улучшилось — она смогла окончить школу (посредственно) и поступить в музыкальный колледж. Училась на «отлично» на отделении соло народного пения. В колледже подружилась с одной из учениц, которая помогала ей в ситуациях, когда ей «сильно хотелось есть, но не получалось из-за проблем с глотанием». В это время подруга брала её за руку, и всё удавалось. Стала посещать групповые занятия йогой. Родные отмечали, что при посторонних людях вела себя правильно, «нам никто не верит, что она болела». В тот же период Алсу **стала говорить о необходимости снятия диагноза.**

*Из соматического анамнеза.* Аллергический анамнез на лекарственные препараты неотягощён. Туберкулёз, инфицирование вирусом иммунодефицита человека, гепатит, кожно-венерические заболевания, черепно-мозговые травмы отрицает. Операции отрицает. Гемотрансфузии отрицает. Снохождение, сноговорение, судороги отрицает. Перенесённые заболевания: инфекция мочевыводящих путей, диспепсия, миокардиодистрофия, синусовая тахикардия, анемия лёгкой степени, половой инфантилизм, задержка полового развития. Менструации с 17 лет, по 7 дней, болезненные, регулярные. Половой жизнью не живёт. Употребление алкоголя, психоактивных веществ отрицает.

*Невролог.* Очаговой неврологической патологии не выявлено. *Электроэнцефалография.* Лёгкие изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде дезорганизации основного ритма. Региональные изменения отсутствуют. При проведении функциональных проб короткие вспышки полиморфной активности, без эпилептоидных изменений. Эпилептиформная активность на момент записи не зарегистрирована.

*Психический статус.* Внешне опрятна, за своим внешним видом следит, волосы аккуратно собраны в хвостик, в беседе его поправляет, ногти аккуратно подстрижены. При обсуждении эмоционально значимых для неё тем обильно жестикулирует, ёрзает на стуле, перебивает врача. Улыбчива, учтива. Зрительный контакт достаточный.

Фиксирована на проявлениях своей болезни, особенно на ритуалах, которые вынуждена выполнять вместе с мамой. При этом считает, что ритуалы связаны с деятельностью надпочечников, хотя и не настаивает на этом. Критична к ритуалам (крику и некоторым иным), понимает, что это признаки психической патологии. Отмечает цикличность изменения состояния («крик, слёзы, рыдания, потом успокаиваюсь», «на учёбе я себя так не веду, я контролирую крики, редко могу выбежать с учёбы, отпроситься», «мне кажется, что что-то вырабатывается, накапливается, адреналин вызывает крики, слёзы», «раньше было, как будто мне кто-то приказывает, что-то сидит в голове, например броситься под метро, чувствовала тягу что-то сделать»).

Систематизирует имеющиеся *ритуалы.*

— Ритуал, когда необходимо три раза вымыть лицо, поскольку это отражает определённую схему по умыванию (если что-то не сделала, будет плохо).

— Ритуал, связанный с процессом глотания — необходимо держать руку мамы или папы, чтобы проглотить пищу, причём строго определённым образом надавливая на руку. Необходимо хлопнуть, повернуться спиной и сказать: «Алла», тогда маме нужно встать. Иногда ритуал должен меняться: «когда я ем, мама мне должна пожелать приятного аппетита (определённым образом), тогда я должна есть ровно, руки держать перед собой и начинать говорить «бляха», мама в ответ как можно быстрее должна ответить: «муха».

— Ритуал — произносить «матное» слово, на которое мама должна обязательно ответить.

— Вечером перед сном ритуал причёсывания — необходимо сначала выкинуть расчёску, лечь по середине кровати и спросить у мамы «ровно»? На это она должна ответить «ровно», затем «давай» — мама отвечает «давай» и должна укрыть Алсу одеялом, которая обязана проверить рукой ровно ли и по середине ли лежит одеяло, далее мама специальным способом должна подогнуть одеяло («уголочек к уголку»). Бывают дни, когда приходится выполнять этот ритуал по три раза, заново переделывать, если что-то идёт не по заведённому плану.



– Ритуал «Пёсик» проявляется в том, что когда Алсу просит называть её «Пёсиком», ей становится очень жалко себя, и она требует пожалеть её. Мама должна выполнить все требования «игры». Иногда возникают «фантазии», что Пёсика усыпили, избили, тогда слёзы не идут без истерики».

– Ритуал драки с папой после того, как они «друг друга доведут», он говорит, «что ты над мамой издеваешься», Алсу становится бешеной, потом рыдает, устывает драку с папой.

– Ритуал, связанный с одеждой, — дома необходимо сидеть только в футболке без трусов, на диване лежать голой в одеяле, так как бесит одежда.

– Ритуал «Приятного аппетита» (3–4 раза в день, перед каждым приёмом пищи). Надо сказать маме «Сядь! Сядь!» (мама не двигается, застывает), потом Алсу должна сесть на стул рядом, поправить одежду (чтобы всё было ровно, не бесило), поднять «лапы как собака» (маме разрешается двигаться). Затем Алсу начинает дирижировать, а мама моментально должна сказать «Приятного аппетита», а затем слова: «очень-очень-очень... приятного аппетита-тита-тита... (на затихание), затем мама должна держать руку, не задавая никаких вопросов, а потом сказать «Молодец, товарищ Пёсик, умничка!». На это Алсу должна корчить рожицы, показывая высоту звука. Если мама вдруг что-то делает неправильно, приходится бить её плёткой, которая всегда лежит рядом наготове.

На вопрос о том, действительно ли она считает себя «Пёсиком», Алсу с ухмылкой отвечает, что конечно же нет — просто она играет в эту игру. Убеждена, что мать должна полностью ей подчиняться и выполнять все требования. «Я спасаюсь ругательствами на маму, но без неё как без воды, усталость вызывает агрессию, потом пореву, ей нужно чтоб мне легче стало, она воспринимает это легко». «Моя obsессия в том, что я беру тряпку, штаны, и если что не так, расходится с ритуалом, шлёпну маму, и мне становится легче; если я этому сопротивляюсь, будет хуже, болезнь сильнее меня, я её хватаю, швыряю на диван, я жду что будет дальше, своей участи, когда мама умрёт или перестанет терпеть». «Я не контролирую эти состояния, ритуалы возникают помимо моей воли, ритуал — это жизнь». «Сравнить их не с чем — слёзы, рыдаешь звуками, эмоции, всё выходит, у меня физическая потребность, потом

облегчение, вздох, ложусь на 15 минут, и норма, всё пофиг, уносятся тревожные мысли, теряю силу, но ненадолго».

«Я теперь полностью уверена, что ОКР нужно убирать, что оно сильно прогрессирует, вся жизнь — сплошной ритуал, не могу сейчас пользоваться телефоном, оставляет в мозгу всякую хрень, на телефоне пишу СМС, и палец держу на «отправлении», на новом телефоне это сильнее, прихожу домой, прошу маму спрятать телефон, ухожу, прошу выдать СМС про то, что нельзя написать учителю, мысли — я этого не сделаю, сердце колотится, руки потеют». Самое актуальное пользоваться телефоном — с ним всё нужно правильно сделать. Ритуал с ноутбуком: не так кнопку нажму, и всё заново нужно сделать, если правильно сделала, сразу всё забыла, если думаю, значить неправильно сделала.

Подробно описывает состояние, когда беспричинно появляются мучительные ощущения, цикл «ярость–гнев–агрессия», но «всегда по-разному». Сами мучительные ощущения сопровождаются чувством тоски, мыслями о будущем, о прошлом, и срочно «нужно выплеснуть эмоции», «чувства здесь первичны», «мысли меня жрут, вплоть до суицидальных мыслей, это копилось много лет, под вечер накапливаются, под вечер сильно плохо».

Критика к своему поведению по отношению к матери двойственная — убеждена, что мать должна неукоснительно выполнять её требования, но при этом понимает, что мучает её этим и боится потерять. Оживляется, когда речь заходит о её увлечениях. В частности, с удовольствием позволила включить студийную запись её музыкальной композиции и с благодарностью приняла комплименты.

В месте, времени и собственной личности ориентирована верно. Мышление в обычном темпе, без признаков нарушений. Бредовых идей и обманов восприятия не обнаружено. Суицидальных мыслей нет.

**Заключение психолога.** В беседе и при выполнении тестовых заданий в коммуникацию и рабочее взаимодействие вступает на достаточном уровне. Во время первой встречи сначала была несколько насторожена, не зная, чем может обернуться для неё встреча с психологом, была скованна. В дальнейшем с готовностью откликалась на заинтересованность собеседника в прояснении фактического положения дел, отвечая на вопросы, предпочитала достаточно прямой ответ,

а если затруднялась — старалась подобрать более точное описание. О чём-то рассказывала инициативно, что-то комментировала.

В начале встреч и в некоторых ситуациях после вработывания подчёркнуто демонстрировала своё тревожно-напряжённое отношение к тестированию или отдельным заданиям, прямо связывая его с опасением разочарований из-за возможных неудач в стремлении быть успешной. В поведении в целом была корректна, вполне устойчиво следовала общепринятым социально-одобряемым нормам. В одной из ситуаций, комментируя некоторые формы своих реакций в поведении, интонациях и мимике, говорила, что её устраивает, когда к ней относятся как к ребёнку. На вопрос о причинах такой оценки отвечала доброжелательно и просто: «Так удобно». При длительных функциональных нагрузках в целом была терпелива и достаточно вынослива; сообщая об усталости, она при необходимости вновь собирала ресурсы для выполнения новой задачи.

В межличностных отношениях в ходе тестирования преимущественно была доброжелательна. В коммуникативной мимике преобладал малоамплитудный фон подвижной малой мимики с микроимимикой, которые, практически, всегда оставались подвижными, соответствующими контексту взаимодействия и эмоционально-личностным откликам на возникавшую ситуацию или на свои намерения, побуждения, притязания, ожидания и связанные с ними оценки. Инструкции к тестовым заданиям понимала и усваивала на уровне нормы; удерживала на достаточном уровне с редкими эпизодами лёгкой неустойчивости и элементами практичного упрощения. Вероятно, эти явления частично были связаны с лёгкой неравномерностью уровня и направленности её активности (так, при опасении потерпеть неудачу она становилась более напряжённой и несколько зажатой, а в попытках преодолеть эти перемены и своё отвлечение на них — более энергичной и резкой до короткой «финишной» взрывчатости). Работала в достаточном темпе.

**Внимание.** В целом простые психометрические пробы выполняла на достаточном уровне с явлениями неустойчивости произвольного сосредоточения и переключения (Шульте: 32'' — 41'' — 55'' — 33'' — 48''). На достаточном уровне выполняла тест Мюнстерберга. Однако при этом примечательным оказался стиль её деятельности. Стремясь преуспеть, она на финише одной из таблиц теста Шульте действовала излишне

возбуждённо, громко, резко с напряжённым усилием в движении руки и голосе (после эмоциональной поддержки подобных всплесков в тестировании больше не было). В тесте Мюнстерберга она, предпочитая работать споро, находила верные слова несколько поверхностно и вскоре, дойдя до конца буквенных рядов, тут же более пристально просматривала материал в обратном направлении, находя в нём много ранее пропущенных слов.

Работая с тестом «Чёрно-красная таблица», в период интерференции рядов стала заметно более напряжённой, но волевым усилием сохранила установленный порядок переключения, а несколько позднее отвлеклась на сомнения в правильности своих действий, ошиблась, обратилась к психологу за обратной связью и комментариями и, переключив таким образом внимание на другую деятельность, столкнулась с необходимостью нового вработывания, что практически оставило динамику стандартной работы с тестом.

**Память.** Непосредственное запоминание на уровне нормы с явлениями неустойчивости уровня воспроизведения (5 — 8 — 7 — 10 слов из 10). Запоминание последовательности 6 слов на пограничном уровне. Запоминание слов и слогов триграмм без интерференции достаточное. На фоне гомогенной интерференции слова воспроизводит на пограничном уровне, а слоги — с утратой стимульного материала задания при нарастании его объёма до трёх слогов.

Оперативное запоминание цифровых рядов теста Векслера в прямом воспроизведении на уровне нормы; в обратном воспроизведении снижено (оба задания в пять цифр воспроизводит с пропусками и подменами).

Зрительная ретенция в тесте Бентона достаточна. Опосредованное запоминание на пограничном уровне.

**Мышление.** Способности к сравнению, аналогии, обобщению, опосредованию и пониманию социально значимого контекста тестовых ситуаций в целом достаточны. Использовались они в основном с достаточной спонтанностью, вполне обычной эмоционально-личностной вовлечённостью, достаточно корректной мотивацией когнитивной деятельности и вполне стабильно, но, вместе с тем, с эпизодами пограничной и лёгкой неравномерности в уровне продуктивности, целенаправленности и предпочтения признаков культурально обычного семантического ядра. Существенно, что частота и влияние этих

эффектов лишь частично были связаны с когнитивной неопределённостью, поскольку почти не отмечены при сочетании хорошего встраивания с благоприятным аффективно-эмоциональным фоном деятельности и отношений, а также при достаточной спонтанности личности в понимании своей позиции и её зрелом воплощении.

При выполнении теста «Пиктограммы» комментарии к создаваемым образам также в основном отражали эмоционально-личностные интерпретации стимульных тем. В графической стилистике рисунков проявления грубых субъективно-ригидных, формальных или субъективно-аморфных влияний были неактуальны, тогда как культуральные, возрастные и личностные влияния отмечались часто как фоновые. В графической стилистике работы с тестом Бентона (где ей нужно было рисовать комплексы фигур) влияние личности было направлено на достижение нужного качества с помощью некоторой систематизации и элементов педантизма.

В тесте «Третий — лишний», верно называя все изображённые предметы, она группировала их только по форме. В тесте конструктивного праксиса решения в пространственно усложнённых задачах искала, в том числе, «механическим» перебором вариантов положения элементов. Сочетание лёгкой инертности (органоидного типа) в явлении догадки о способе решения с притязаниями на высокую успешность при кажущейся простоте заданий изредка провоцировало суетливость с лёгкой тревожной напряжённостью.

При выполнении отдельных предложенных заданий тестов «Дискриминация свойств понятий» и «Четвёртый — лишний» (вербальная и невербальная версии) опиралась преимущественно на существенные культурально обычные, частные, практичные и эмоционально-личностно выбираемые признаки. Актуализация слабых и случайных признаков возникала единично (что встречается, например, при пограничных состояниях), а в ответ на дополнительную стимуляцию в основном преодолевалась с выходом к корректным суждениям.

*Личность.* В сокращённом тесте «Мини-Мульт» в структуре валидного профиля отчётливо доминировали шкалы 6, 4 и 7 на пограничном уровне (75Т, 71Т и 66Т соответственно), отражая трудности спонтанной разрядки накопленных аффектов на фоне конфликта между стремлением к свободной и решительной беспрепятственной самореализации и психастенической склонности

всё учитывать, перепроверить, разносторонне просчитать и взвесить все «за» и «против», чтобы быть надёжно уверенной в правильности своего решения и чувствовать себя правой в своих действиях (оценки по шкалам обсессивности и компульсивности были выражено высокими).

Принципиальные трудности согласования навязчиво вынужденных и спонтанных тенденций обостряли чувствительность к критике в её адрес и приводили к ощущению изнурённости от фоновой возбуждённой напряжённости и к нетерпимости по отношению к любым дополнительным требованиям. В этот период в сложных для неё ситуациях в тестовых данных проявлялась излишняя склонность отторгивать своё поведение в ответ на риск наказания или лишения ожидаемого вознаграждения. Это провоцировало её избегать объективно доступных ей даже благоприятных возможностей и контактов, предпочитая субъективный поиск компенсации её страданий от переживаемой тревоги (при этом её личностная готовность включаться в борьбу сохранялась на достаточном уровне).

Через 3 мес, когда Алсу стала заметно свободнее и увереннее интересоваться своей личностью, своими впечатлениями, побуждениями, отношениями и суждениями, это отразилось в профиле теста MMPI<sup>1</sup> пограничным повышением значений шкалы 8 (72Т) при меньших, чем прежде, оценках по шкалам 6 и 7 (64Т и 63Т) и почти такой же, как ранее, оценке шкалы 3 (61Т). Эта «легализация» своей индивидуальности и актуальность собственного субъективного мира позволили ей обходиться без диссимулятивных искажений своего состояния и вполне отчётливо проявило фактические сложности как внутреннего мира, так и реальных межличностных отношений и социальной адаптации.

Возможно, в отсутствие внешней поддержки и помощи (в основном психотерапевтического типа) эти её вполне естественные и живые интересы в трудных обстоятельствах могут вновь подмениться повышенной, но малопродуктивной сосредоточенностью на себе и своих проблемах, создавая субъективные трудности адаптации. В то время как приобретение более разнообразного и более глубокого здорового личного опыта может стать важным ресурсом сохранения её большего

<sup>1</sup>MMPI (от англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory) — Миннесотский многопрофильный личностный опросник.

благополучия при различных вариантах дальнейшего развития.

Таким образом, представленный клинический случай, отразивший длительную (восьмилетнюю) историю болезни, включившую неоднократные госпитализации в психиатрический стационар, выход на инвалидность, спонтанные колебания психического состояния, чередование периодов выраженной социальной дезадаптации с периодами успешной учёбы и реализации себя как творческой личности следует признать диагностически неоднозначным.

За время психиатрического наблюдения за Алсу ей выставляли различные, часто взаимоисключающие диагнозы как невротического, так и психотического уровней — от соматоформного, ипохондрического расстройства, ОКР до шизофреноподобного, биполярного аффективного расстройства и даже параноидной шизофрении с эмоционально-волевым дефектом.

Приходится констатировать, что динамика её состояния не носила и не носит прогрессивного характера — можно утверждать, что психопатологическая картина её расстройства не претерпела существенных изменений за годы наблюдения и терапии. Некоторые симптомы появлялись и исчезали, в частности клинические признаки «голосов», которые всегда сопровождались критичностью и рассматривались Алсу частью мучавших её «ритуалов». Иные — соматоформные в виде вегетативных феноменов в ответ на стрессовые ситуации — возникали исключительно в начале заболевания и в дальнейшем купировались.

Психопатологическими симптомами, определявшими клиническую картину на протяжении многих лет, следует признать грубые поведенческие нарушения в виде приступов немотивированного истошного, «нечеловеческого» крика и ригидных (зафиксированных) форм взаимодействия с родственниками, которые сама пациентка называет «ритуалами». При этом Алсу и её отец убеждены, что в основе наблюдаемых приступов и действий, направленных на унижение матери, лежат какие-то физиологические причины, в частности гормональная дисфункция.

Как показывает анализ клинической картины заболевания, у Алсу отсутствуют какие бы то ни было признаки шизофренического спектра расстройств. Ни психопатологическое, ни экспериментально-психологическое обследование не обнаружило у неё типичных для шизофрении

симптомов и признаков расстройств мышления, апатико-абулических симптомов, когнитивных дисфункций и эмоционального регресса.

Теоретически можно было бы расценить немотивированные приступы крика и соответствующее дурашливое поведение как гебефреническое, но данное поведение не характеризовалось неконтролируемостью и произвольностью. Пациентка «демонстрировала» подобное поведение в строго определённых ситуациях и обстоятельствах — всегда это адресовалось близким, чаще матери. В клинической картине заболевания Алсу не отмечено клинических признаков, отвечающих диагностическим критериям биполярного аффективного расстройства. Именно поэтому диагнозы эндогенных психических расстройств были отвергнуты нами, несмотря на то, что Алсу является инвалидом первой группы по шизофрении.

Наиболее сложным для квалификации клиническим феноменом представляется комплекс поведенческих стереотипов, называемых самой пациенткой «ритуалами» в рамках ОКР. Анализ данного феномена в представленном клиническом случае показывает, что в отношении части ритуалов есть основания отнести их к кругу obsessivno-kompulsivnykh, а часть следует трактовать по-иному.

Известно, что ОКР должно в обязательном порядке включать не только и не столько констатацию наличия навязчивых мыслей и действий, но и строго определённые клинические проявления, считающиеся обязательными диагностическими критериями ОКР. К ним следует отнести то, что при ОКР субъект должен пытаться противостоять навязчивостям («борьба мотивов»), что осуществление компульсивных актов и obsessivnykh мыслей сами по себе не должны вызывать приятных ощущений, а также obsessii или компульсии должны приводить к дистрессу или мешать социальной либо индивидуальной деятельности больного.

Если сравнить диагностические критерии ОКР с клинической картиной заболевания Алсу, то следует прийти к выводу о том, что пациентка не имела стремления противостоять навязчивостям. Наоборот, она с удовольствием, граничащим с садистическим, стремилась сама и требовала от окружающих выполнения определённых срежиссированных до тонкостей форм поведения. «Ритуал» не был направлен на купирование тревоги — он был самодостаточен и ориен-

тирован на достижение иных целей, в первую очередь, эгоистических. Пациентка утверждала, что не может не выполнять «ритуалы», например не кричать, однако в реальности она не кричала и не выполняла «ритуалы» в ситуациях, которые расценивала как неподобающие.

Условно к кругу обсессивно-компульсивных можно было бы отнести ритуалы, связанные с глотанием, умыванием лица, произношением матерных слов. Однако Алсу никогда (как это бывает при ОКР) не сообщала, что в основе этих ритуалов лежит страх, к примеру поперхнуться (в случае глотания), чем-то заразиться (в случаях умывания) и наказания за «богохульства» (при произнесении матерных слов). Остальные «ритуалы», которые выполняла даже не сама пациентка, а её родственники — обычно мама, — не несли в своей психопатологической основе признаков тревоги, страха или какого-то иного патологического эмоционального состояния. Их реализация доставляла Алсу удовольствие. То есть сама она никаких ритуалов не совершала, а заставляла это делать свою маму.

В основе разработанных и внедрённых в жизнь «ритуалов» (игр), например с Пёсиком или с пожеланиями ей приятного аппетита, не усматривается ни обсессий, ни компульсий, ни фобий, то есть никаких ананказмов.

Особо следует обратить внимание на разработанную Алсу систему наказаний за невыполнение мамой заведённого порядка действий — на случай, если мама вдруг что-то сделает неправильно, была приготовлена плётка, и подобные наказания не были единичными. Феноменом, который также не может быть объяснён обсессивно-компульсивными механизмами, следует признать приступы крика — истощного, некорригируемого и направленного (со слов пациентки) на снятие невыносимо тяжёлого эмоционального состояния.

Следует обратить внимание на то обстоятельство, что родители (в первую очередь, мама) смирились со своей «долей», были убеждены, что всё это необходимо делать, поскольку «это требовала не Алсу, а её болезнь». Однако и у этого клинического феномена были особенности («Я хочу плакать и кричать, но для этого мне нужна мама, я хочу, чтобы мама была при мне»). Данный феномен нет оснований признавать ни импульсивным, поскольку он пациенткой контролировался и не проявлялся вне определённых ситуаций, ни компульсивным.

Особенности патологического поведения и деструктивных реакций Алсу, с нашей точки зрения, укладываются в феномен, который мы обозначаем **«ОКР наоборот»**. Сутью его было стремление пациентки получить выгоду от своих ритуалов, создать условия, при которых всё близкое окружение выполняло её прихоти. То есть можно говорить о доминировании в личности Алсу диссоциативного радикала, что подтвердило психологическое исследование. Таким образом, мы приходим к диагностическому выводу о том, что в случае с Алсу мы имеем дело с **тяжёлым гистрионическим расстройством личности, сочетающимся с обсессивно-компульсивными симптомами (F60.4)**.

В литературе последних лет есть немало свидетельств высокой коморбидности диссоциативных расстройств и ОКР [1–8]. По мнению Н. Belli и соавт. [1], чаще других ОКР сочетается с диссоциативной деперсонализацией. В случае с Алсу можно предполагать наличие элементов диссоциативной деперсонализации, в частности в описании «чувства расширения в груди непонятной энергии», приводившего её к мысли о необходимости кричать, плакать, «бить грушу или мать». В этом же ракурсе позволительно трактовать высказывания Алсу о наличии у неё в один из периодов жизни «своих и чужих мыслей», интерпретировавшихся ею как «голос», но без звучания при полной критичности. Игра в Пёсика могла рассматриваться как одна из форм патологического диссоциативного фантазирования и манипулирования окружающими.

Можно предполагать, что пациентка, по сути, отчуждала часть своих психических функций и приписывала их внешним силам. В систематическом обзоре и метаанализе на тему связи диссоциативных расстройств и ОКР [2], включивших 41 исследование по данной тематике, оказалось, что частота коморбидности этих видов патологии составляет 17–32%. В другом исследовании [4] отмечена роль диссоциативного опыта в становлении ОКР.

Авторы статьи с интригующим названием «Это было на самом деле или мне показалось? Перфекционистские убеждения связаны с диссоциативной поглощённостью и вовлечением воображения при ОКР» [9] на основании анализа 60 клинических случаев пришли к выводу о том, что перфекционизм (склонность к навязчивостям) у пациентов с ОКР может быть связан с более высокой склонностью к «поглощённости

воображаемыми событиями» их жизни. Данный факт позволяет по-новому взглянуть на проблему рефлексии пациентов с ОКР по отношению к собственным ананкастным симптомам.

В другой публикации с не менее интригующим названием «Жизнь в пузыре диссоциации, реляционное сознание и ОКР» [10] сделан вывод о том, что ОКР — изнурительное психическое состояние, при котором люди становятся одержимыми возможным вредом, ошибкой, невезением, что навязчиво приводит к повторению мыслительных и поведенческих ритуалов для нейтрализации этих возможностей. Эта тенденция строить прогнозы на основе маловероятных, а не более вероятных возможностей, называется «путаницей выводов» и может привести к погружению в возможные миры, сопровождающемуся чувством диссоциации между знанием и действием, воображением и реальностью, а также между подлинным и неподлинным «я». Эти переживания диссоциации ОКР могут указывать на то обстоятельство, что такие переживания, как дереализация и деперсонализация, возникающие при ОКР, следует трактовать как диссоциативные.

Таким образом, клинический случай психического расстройства 21-летней Алсу представляет собой редкий пример тяжёлого гистрионического расстройства личности с диссоциативной деперсонализацией, с проявлениями «ОКР наоборот», приведший к ошибочной диагностике шизофрении и определению нетрудоспособности пациентки.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

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

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

**Вклад авторов.** Менделевич В.Д. — клиническое обследование, обзор литературы, Каток А.А. — клиническое обследование, Бейбалаева Т.З. — клиническое обследование, анализ данных, Капралов А.А. — психологическое обследование, интерпретация данных, Абакаров Р.Р. — 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.** V.D. Mendelevich — clinical examination, literature review, A.A. Katok — clinical examination, T.Z. Beybalaeva — clinical examination, data analysis, A.A. Kapralov — psychological examination, interpretation of data, R.R. Abakarov — literature review.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Belli H., Ural C., Vardar M.K. et al. Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder // *Comprehensive Psychiatry*. 2012. Vol. 53. P. 975–980.
2. Sideli L., Santor G., Fontana A. The relationship between obsessive-compulsive symptoms and dissociation: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2023. Vol. 24. N. 1. P. 1–18. DOI: 10.1080/15299732.2023.2181477.
3. Giele C.L., van den Hout M.A., Engelhard I.M. et al. Perseveration induces dissociative uncertainty in obsessive-compulsive disorder // *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 2016. Vol. 52. P. 1e10. DOI: 10.1016/j.jbtep.2016.02.001.
4. Tatlı M., Cetinkaya O., Maner A. Evaluation of relationship between obsessive-compulsive disorder and dissociative experiences // *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2018. Vol. 16. N. 2. P. 161–167. DOI: 10.9758/cpn.2018.16.2.161.
5. Soffer-Dudek N. Obsessive-compulsive symptoms and dissociative experiences: Suggested underlying mechanisms and implications for science and practice // *Front. Psychol.* 2023. Vol. 14. P. 1132800. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1132800.
6. Belli H. Dissociative symptoms and dissociative disorders

- comorbidity in obsessive compulsive disorder: Symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment // *World J. Clin. Cases*. 2014. Vol. 2. N. 8. P. 327–331. DOI: 10.12998/wjcc.v2.i8.327.
7. Yang J.L.S., Millman M., David A.S., Hunter E.C.M. The prevalence of depersonalization-derealization disorder: A systematic review // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2023. Vol. 24. N. 1. P. 8–41. DOI: 10.1080/15299732.2022.2079796.
8. Watson D., Wu K.D., Cutshall C. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation // *Journal of Anxiety Disorders*. 2004. Vol. 18. N. 4. P. 435–458. DOI: 10.1016/S0887-6185(03)00029-X.
9. Pozza A., Dettore D. “Was it real or did I imagine it?” Perfectionistic beliefs are associated with dissociative absorption and imaginative involvement in obsessive-compulsive disorder // *Psychology Research and Behavior Management*. 2019. Vol. 12. P. 603–607. DOI: 10.2147/PRBM.S212983.
10. O'Connor K., Aardema F. Living in a bubble: Dissociation, relational consciousness and obsessive-compulsive disorder // *Journal of Consciousness Studies*. 2012. Vol. 19. N. 7–8. P. 216–246.

## REFERENCES

1. Belli H, Ural C, Vardar MK et al. Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53: 975–980.
2. Sideli L, Santor G, Fontana A. The relationship between obsessive-compulsive symptoms and dissociation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2023;24(1):1–18. DOI: 10.1080/15299732.2023.2181477.

3. Giele CL, van den Hout MA, Engelhard IM et al. Perseveration induces dissociative uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther & Exp Psychiat.* 2016;52:1e10. DOI: 10.1016/j.jbtep.2016.02.001.
4. Tatlı M, Cetinkaya O, Maner A. Evaluation of relationship between obsessive-compulsive disorder and dissociative experiences. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience.* 2018;16(2):161–167. DOI: 10.9758/cpn.2018.16.2.161.
5. Soffer-Dudek N. Obsessive-compulsive symptoms and dissociative experiences: Suggested underlying mechanisms and implications for science and practice. *Front Psychol.* 2023;14:1132800. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1132800.
6. Belli H. Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: Symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. *World J Clin Cases.* 2014;2(8):327–331. DOI: 10.12998/wjcc.v2.i8.327.
7. Yang JLS, Millman M, David AS, Hunter ECM. The prevalence of depersonalization-derealization disorder: A systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation.* 2023;24(1):8–41. DOI: 10.1080/15299732.2022.2079796.
8. Watson D, Wu KD, Cutshall C. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *Journal of Anxiety Disorders.* 2004;18(4):435–458. DOI: 10.1016/S0887-6185(03)00029-X.
9. Pozza A, Dettore D. “Was it real or did I imagine it?” Perfectionistic beliefs are associated with dissociative absorption and imaginative involvement in obsessive-compulsive disorder. *Psychology Research and Behavior Management.* 2019;12:603–607. DOI: 10.2147/PRBM.S212983.
10. O'Connor K, Aardema F. Living in a bubble: Dissociation, relational consciousness and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consciousness Studies.* 2012;19(7–8):216–246.

## 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

**Каток Алёна Алямовна**, ассистент, каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9046-3532>;  
eLibrary SPIN: 4511-6293;  
e-mail: alenaakatok@gmail.com

**Бейбалаева Тангюль Загировна**, ассистент, каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5262-6852>;  
eLibrary SPIN: 7616-2990;  
e-mail: tanguel23@gmail.com

**Капралов Андрей Анатольевич**, ассистент, каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-7082-3260>;  
eLibrary SPIN: 7142-8364;  
e-mail: andrey.kapralov@kazangmu.ru

**Абакаров Раджаб Рафаилович**, аспирант, каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0003-1233-9538>;  
e-mail: abakarovrr@gmail.com

## 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

**Alena A. Katok**, Assistant, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9046-3532>;  
eLibrary SPIN: 4511-6293;  
e-mail: alenaakatok@gmail.com

**Tangyul Z. Beybalaeva**, Assistant, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5262-6852>;  
eLibrary SPIN: 7616-2990;  
e-mail: tanguel23@gmail.com

**Andrey A. Kapralov**, Assistant, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-7082-3260>;  
eLibrary SPIN: 7142-8364;  
e-mail: andrey.kapralov@kazangmu.ru

**Radzhab R. Abakarov**, Postgraduate Student, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0003-1233-9538>;  
e-mail: abakarovrr@gmail.com