

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb625486>

Клинический микст диссоциативных и посттравматических стрессовых расстройств у 10-летнего мальчика после дорожно-транспортного происшествия

В.Д. Менделевич, Г.А. Ситдииков, Р.Р. Абакаров

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

АННОТАЦИЯ

В статье приведён клинический случай 10-летнего Карима, у которого после дорожно-транспортного происшествия (ДТП), когда мальчика сбил автомобиль (без потери сознания и черепно-мозговой травмы), изменились поведение и психическое состояние. В клинической картине, помимо разнообразных двигательных пароксизмов (конвульсий), не отвечавших критериям эпилептических, появились ундулирующая психопатологическая симптоматика и неадекватности поведения. Клиническая картина заболевания не могла быть однозначно отнесена ни к проявлениям диссоциативных расстройств, ни к посттравматическому стрессовому расстройству. В течение 2 мес после ДТП клиническая картина усугубилась — «светлые промежутки», во время которых Карим был полностью адекватен и критичен, становились всё короче. Неврологами была отвергнута органическая (эпилептическая) основа пароксизмальных состояний. Обследование и лечение у психиатров не привело к стабилизации психического состояния. Клинический случай, с позиции авторов, следует отнести к крайне редкому и не описанному в научной литературе полисиндромному варианту диссоциативного подтипа посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), в рамках которого был обнаружен микст различных психопатологических симптомов — диссоциативных двигательных пароксизмов, синдрома Ганзера, астазии-абазии, ониризма и флэшбэков.

Ключевые слова: диссоциативные расстройства; диссоциативные конвульсии; синдром Ганзера; пуэрилизм; мимоговорение; астазия-абазия; ониризм; посттравматическое стрессовое расстройство; диссоциативный подтип посттравматического стрессового расстройства; дифференциальная диагностика психических расстройств.

Как цитировать:

Менделевич В.Д., Ситдииков Г.А., Абакаров Р.Р. Клинический микст диссоциативных и посттравматических стрессовых расстройств у 10-летнего мальчика после дорожно-транспортного происшествия // Неврологический вестник. 2024. Т. 56. Вып. 1. С. 49–58. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb625486>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb625486>

Clinical mixed dissociative and post-traumatic stress disorders in a 10-year-old boy after a traffic accident

Vladimir D. Mendelevich, Gazinur A. Sitdikov, Radzhab R. Abakarov

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

ABSTRACT

The article presents the clinical case of 10-year-old Karim, whose behavior and mental status changed after a traffic accident in which the boy was hit by a car (without loss of consciousness and without traumatic brain injury). In addition to various motor paroxysms (convulsions) that did not meet the criteria for epileptic symptoms, the clinical picture included wave-like psychopathological symptoms and inappropriate behavior. The clinical picture could not be clearly attributed to the manifestation of dissociative disorders or post-traumatic stress disorder. Within two months after the accident, the clinical picture worsened — the "light intervals" during which Karim was completely adequate and critical became less frequent. Neurologists rejected the organic (epileptic) basis of the paroxysmal states. Examination and treatment by psychiatrists did not lead to stabilization of the mental state. In the opinion of the authors, the clinical case belongs to a rare polysyndromic variant of the dissociative subtype of PTSD, not described in the scientific literature, in which a mixture of various psychopathological symptoms was found - dissociative motor paroxysms, Ganser's syndrome, astasia-abasia, onirism, and flashbacks.

Keywords: dissociative disorders; dissociative seizures; Ganser syndrome; puerilism; passing speech; astasia-abasia; onirism; post-traumatic stress disorder; dissociative subtype of post-traumatic stress disorder; differential diagnosis of mental disorders.

To cite this article:

Mendelevich VD, Sitdikov GA, Abakarov RR. Clinical mixed dissociative and post-traumatic stress disorders in a 10-year-old boy after a traffic accident. *Neurology Bulletin*. 2024;56(1):49–58. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb625486>

Received: 08.01.2024

Accepted: 19.01.2024

Published online: 18.03.2024

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb625486>

10 яшьлек малайда юл-транспорт һәләкәтәнән соң килеп чыккан диссоциатив һәм травмадан соңгы стресс тайпылышларының клиник миксты

В.Д. Менделевич, Г.А. Ситдыйков, Р.Р. Абакаров

Казан дәүләт медицина университеты, Казан, Рәсәй

Аннотация

Мәкаләдә юл-транспорт һәләкәтәнән соң (аң югалту, баш мие жәрэхәте күзәтелмәгән) тәртибе һәм психик халәте үзгәргән 10 яшьлек Кәрим белән булган клиник очрак тәкъдим ителә. Авыруның клиник картинасында, эпилепсия симптомнары критерийларына туры килмәгән төрле хәрәкәт пароксизмнарыннан (конвульсияләрдән) тыш, төрле психопатологик симптомнар һәм адекват булмаган тәртип барлыкка килә. Авыруның клиник картинасын диссоциатив тайпылыш билгеләренә дә, травмадан соңгы стресс тайпылышларына да кертеп карап булмый. Авариядән соңгы ике ай эчендә авыруның клиник картинасы тагын да кискенләшә, Кәрим тулысынча адекват булган “якты аралар” сирәгәя бара. Неврологлар пароксизмаль халәтләренән органик (эпилептик) нигезен кире кагалар. Психиатрларда тикшеренү һәм дөвалау авыруның психик халәтен тотрыкландырмый. Авторлар фикеренчә, әлегә клиник очракны фәнни әдәбиятта сирәк очрый торган, аз тасвирланган, диссоциатив мотор пароксизмнары, Ганзер синдромы, астазия — абазия, ониризм һәм флешбэклар кебек төрле психопатологик симптомнар күзәтелгән посттравматик стресс тайпылышының диссоциатив подтибына караган полисиндром вариантына кертеп өйрәнү кирәк.

Төп сүзләр: диссоциатив тайпылышлар, диссоциатив конвульсияләр, Ганзер синдромы, пуэрилизм, мимикрия, астазия-абазия, ониризм, травмадан соңгы стресс тайпылышы, травмадан соңгы стресс тайпылышының диссоциатив подтибы, психик тайпылышларның дифференциаль диагностикасы.

Өземтәләр ясау өчен:

Менделевич В.Д., Ситдыйков Г.А., Абакаров Р.Р. 10 яшьлек малайда юл-транспорт һәләкәтәнән соң килеп чыккан диссоциатив һәм травмадан соңгы стресс тайпылышларының клиник миксты // Неврология хәбәрләре. 2024 Т. 56. Чыг. 1. С. 49–58.
DOI: <https://doi.org/10.17816/nb625486>

В последние годы к психиатрам всё чаще стали обращаться пациенты с пароксизмальными состояниями, и появилась необходимость дифференцировать органические психические расстройства от функциональных.

Случай 10-летнего Карима Р. привлек наше внимание не только тем, что после дорожно-транспортного происшествия (ДТП), когда мальчика сбил автомобиль (без потери сознания и черепно-мозговой травмы), его поведение приобрело неадекватный характер. В клинической картине, помимо разнообразных двигательных пароксизмов (конвульсий), не отвечавших критериям эпилептических, появилась ундулирующая психопатологическая симптоматика. Она не могла быть однозначно отнесена ни к проявлениям диссоциативных расстройств, ни к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР).

За 2 мес после ДТП клиническая картина усугубилась — «светлые промежутки», во время которых Карим был полностью адекватен и критичен, становились всё короче. Неврологами была отвергнута органическая (эпилептическая) основа пароксизмальных состояний. Обследование и лечение у психиатров не привело к стабилизации психического состояния.

Карим Р. 10 лет.

Анамнез жизни. Мать пациента вынашивала разнояйцевых близнецов (Карима и Рамиля), которые родились недоношенными путём кесарева сечения. Дети воспитывались в полной семье. Отец умер, когда сыновьям было 2 года. В настоящее время Карим проживает вместе с мамой, бабушкой, братом и младшей сестрой.

Раннее развитие без особенностей, в детский сад пошёл в 3 года, участвовал в утренниках, стеснительным не был, легко заводил дружбу со сверстниками. В школу пошёл с 6 лет. Учился успешно — в основном на «хорошо» и «отлично». С одноклассниками всегда были хорошие взаимоотношения, постоянно созванивался и переписывался, жалоб со стороны преподавателей на поведение и учёбу не поступало. В младшей школе увлёкся шахматами, участвовал в олимпиадах, занимал призовые места. Из-за загруженности рабочего графика матери вся семья была вынуждена переехать в другой город на полтора года, вследствие чего в новой школе стал учиться хуже. После возвращения в родной город вернулся в прежний класс, чему был очень рад.

Мать отмечает его сильную привязанность к ней — очень расстраивался и расстраивается, когда она уезжает из дома по работе. В свободное время Карим помогает по дому, убирается, готовит еду. Очень интересуется бытовыми вещами, особенно строительными и ремонтными инструментами, может легко вступить в разговор со слесарем, пришедшим к ним для ремонта, просит показать ящик с инструментами. Помимо интереса к инструментам и ремонту техники, проявляет заинтересованность к процессу приготовления пищи, кулинарии. Со слов матери, сын добрый, общительный, жизнерадостный, всегда готов протянуть руку помощи нуждающимся. Атмосфера в семье позитивная и добродушная.

Анамнез заболевания. Вечером 27 октября 2023 г. Карим решил выйти из дома в магазин. Через десять минут бабушке поступил звонок о ДТП, в которое попал внук (мать в это время была в командировке). Со слов очевидцев, мальчик переходил дорогу на зелёный сигнал светофора, но был сбит проезжавшим автомобилем. Нога Карима попала под колесо, удар в туловище был не сильный, и мальчик сознания не терял. К этому времени к месту ДТП успела подбежать бабушка.

Приехавшие на место врачи скорой медицинской помощи перенесли пострадавшего ребёнка в машину и повезли в больницу. Со слов бабушки, в машине скорой помощи Карим жаловался на боль в ноге и даже на короткий промежуток времени потерял сознание. После этого неожиданно для бабушки и медиков он стал вести себя неадекватно, в частности попросил бабушку рассказать ему сказку. Это удивило окружающих, поскольку показалось странным.

В приёмном покое больницы у Карима диагностировали закрытый перелом мало- и большеберцовой костей правой нижней конечности, подтверждения черепно-мозговой травмы не было, жалоб на головные боли или какие-либо иные симптомы мальчик не предъявлял. В тот же день было осуществлено оперативное вмешательство под общей анестезией, установлен аппарат Илизарова. После выхода из наркоза и в дальнейшем в отделении вёл себя нормально, никаких психопатологических проявлений не было, но временами появлялись подёргивания в прооперированной ноге. Со слов хирургов, операция прошла «идеально», и подёргивания не могли быть связаны с переломом или операцией. В отделении появились проблемы со сном. О ДТП вспоминал редко, говоря, что «хорошо, что только перелом ноги, а ведь мог и умереть... хорошо, что остался живой».

Через некоторое время после выписки мать заметила не свойственное Кариму поведение и реагирование: он начал периодически неуместно и неестественно улыбаться («слишком широко»). Настроение после выписки было обычным, без резких колебаний, признаков тревоги или депрессии, сон был без нарушений.

Состояние пациента стало резко ухудшаться через 2 нед после выписки. В один из дней, когда мать пациента в очередной раз уехала в командировку, у Карима возник приступ — начались неконтролируемые движения рук и ног, он начал задыхаться, не мог разговаривать. Это произошло через полтора часа после отъезда матери из дома. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, врачи которой предположили, что мальчик чем-то отравился, госпитализировали его в стационар. После того как был промыт желудок и не обнаружено признаков интоксикации состояние нормализовалось, а к утру всё полностью прошло.

При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки не выявлено патологических изменений. Электрокардиограмма в норме. При электроэнцефалографии (ЭЭГ)

эпилептической активности не обнаружено. Невролог сделал заключение о наличии «энцефалопатии с нарушениями поведения». Психиатр патологии не выявил. В первый же день вернулась мать пациента и опекала его в стационаре. В отделении приступы неконтролируемых движений прекратились, однако было отмечено, что мальчик стал более замедленным при совершении движений.

На следующий день после выписки и в дальнейшем приступы стали повторяться несколько раз в день. Однако «светлые промежутки» составляли большую часть времени. Карим продолжал учиться на дому. Настроение мальчика было ровным — интересовался происходящим, спрашивал о возможности встретиться с друзьями. Однако периодически начал вспоминать о ДТП, просил бабушку повторить, что именно происходило «в тот день». С этого же времени начали появляться приступы длительностью по 10 мин независимо от времени суток. Пациент в это время совершал неконтролируемые движения конечностями, падал на постель, затем застывал на 2–3 мин, что-то бормотал. Иногда стереотипно произносил слово «машина-машина».

Со слов бабушки и мамы, падения никогда не были травмоопасными — Карим всегда (даже, находясь «без сознания») контролировал, куда можно упасть, чтобы не повредить больную конечность или какую-то иную часть тела. В эти периоды, несмотря на внешние признаки «отключений», слышал людей, находившихся рядом, и помнил, что происходило в этот момент. Когда приходил в адекватное состояние, говорил, что «очень устал от этих приступов». Объяснял и рассказывал, что ему виделась машина и было очень страшно. В то же время появились приступы падений, во время которых не мог прямо стоять и ходить, ноги подгибались и «заваливался» на бок. Кроме того, мать отметила, что периодически в период приступов стал кривить рот, щурить глаза, зрачки при этом закатывались и «цепенели», конечности рук выглядели «как у больных с детским церебральным параличом».

Иногда у мальчика появлялись эпизоды детского поведения, не соответствующего его возрасту, когда он, сидя на кровати, махал подушкой, широко улыбался и совершал короткие выкрики «Абууу... абууу» (похожие на гуление младенца), после чего возвращался в нормальное состояние. Как-то Карим вёл себя совсем необычно и говорил невпопад. В один из таких «приступов» он попросил маму довести его до туалета и взглядом показал в сторону костылей. Когда ему их подали, он сказал, что ему нужны не костыли, а гладильная доска, «на которой гладят костыли».

В тот же день в ванной он внимательно осматривал бутылку из-под кондиционера для волос, сообщив, что хочет прочесть аннотацию, узнать состав. После этого стал изучать инструкцию к моющим средствам. Затем попросил подвести его к окну. Проходя по комнате, заметил на полу бутылку с водой и сообщил невпопад, что «это — пол, а это — вода». Увидев на столе чашку с яблоком,

спросил «почему чашка в яблоке лежит?», взял косточку от яблока, подошёл к окну, распахнул его и положил косточку в лёд со словами «сейчас лёд вырастет». Через полминуты с удивлением спросил: «А почему лёд не растёт? Он должен вырасти». Посмотрев через окно на парковку автомашин, с тревогой сообщил, что «эти все машины собьют всех людей». На слова мамы о том, что «машины ездят аккуратно» спросил: «Почему же меня тогда сбита?». И тут же обратил внимание на то, что его «нога некрасивая», а затем неожиданно сообщил, что «нет, не нога, а рука... Я же хожу на руках». В это же время утверждал, что на дворе ночь, хотя был день.

Однажды в момент засыпания у него возникло состояние психомоторного возбуждения, во время которого он сел на кровать, стал от кого-то отбиваться подушкой, кричал, ругался, глаза выражали ужас. Со слов мамы, было ощущение, что мальчик в этот момент что-то видел и слышал, чего не было наяву, продуктивному контакту был не доступен.

В дальнейшем состояние пациента прогрессивно ухудшалось — участились приступы неконтролируемых вычурных движений рук и ног с закатыванием глаз, «отключения» по 3–4 с. Далее в клинической картине начала преобладать вялость — большую часть времени проводил в постели, за сутки мог ходить или стоять всего 20–30 мин. Иногда говорил «мама, мне так тяжело».

Психический статус. Пациент был осмотрен дважды за 2-недельный период. При первом обращении вместе с бабушкой и мамой, которые помогали Кариму подняться на второй этаж во врачебный кабинет, контролировали, правильно ли он ставит костыли, не упадёт ли он. Был двигателью спокоен, отвечал на вопросы. Мимика была живая, соответствующая тематике беседы. Взгляда не отводил, речь грамматически правильная, хорошо модулированная.

Во время беседы у мальчика периодически возникали вздрагивания всего тела, иногда с запрокидыванием головы назад и спастическим сокращением мышц шеи. В этот момент зажмурился глаза, стонал, сознания не утрачивал. Некоторые пароксизмы проявлялись сокращением мышц верхних и нижних конечностей и поворотом туловища. Длительность 5–10 с, очевидными внешними воздействиями не провоцировались. На тему ДТП и приступов Карим говорить отказывался. В рамках первой беседы активной психопатологической продукции не выявлено.

Во время второй беседы (через 2 нед после первой), организованной в форме консилиума с привлечением более 60 врачей и ординаторов, продуктивному контакту был недоступен на протяжении всего времени общения. Войдя в здание клиники, начал громко кричать «Абуу-абууу», что повторялось в течение полутора часов. За это время ни разу не вернулся в адекватное психическое состояние. В течение всей беседы размахивал руками из стороны в сторону, кивал головой вверх-вниз, хватался за голову, сползал со стула, большую часть времени глаза

были зажмурены. Временами появлялись двигательные пароксизмы в виде маятникообразных движений головой, спастических сокращений верхних конечностей. Во время этого ни разу не ударился головой о стену. На короткий промежуток времени эти явления полностью прошли — когда пил воду из бутылки гиперкинезов не было. При этом произнёс слово «вода».

Со слов матери, после выхода из аудитории периодически приходил в обычное состояние, заявлял о своём желании сходить в туалет и просил мать поехать домой, поскольку он устал. В такси на обратном пути был в сходном отрешённом состоянии, но, когда бабушка не смогла оплатить проезд посредством телефона, сам без объяснений взял её телефон, и всё оплатил. Доехав домой, он предложил зайти в магазин за тростью, которую заказывали заранее. После того как трость забрали, стал крайне разговорчивым, обсудил погоду. Когда мать с бабушкой вспоминали, что происходило на консилиуме, Карим их периодически поправлял «нет, там были врачи-психиатры, врачи-неврологи, и те, которые там долго работают, а не только студенты». Потом мать предложила пойти погулять, с двумя сыновьями вышли и пошли на новогоднее представление. За это время возник всего один короткий «приступ судорог».

После консилиума и начала терапии (алимемазин, флувоксамин) состояние характеризовалось резкими колебаниями — в некоторые дни в течение суток он 60% времени находился в адекватном состоянии, играл с братом и сестрой, нормально разговаривал. В другие дни мог произнести всего два слова, а в остальное время отмечались неконтролируемые движения руками и ногами, невозможность встать и устойчиво передвигаться. Эпизодически появлялись приступы возбуждения, когда он, сидя на стуле или лёжа в кровати, начинал гримасничать, неуместно смеяться, продуктивному контакту был недоступен.

Таким образом, клинический случай 10-летнего Карима представляется диагностически неоднозначным и терапевтически резистентным. Всю имеющуюся у мальчика психопатологическую симптоматику правомерно разделить на две группы.

К первой следует отнести двигательные пароксизмы разнообразной формы (синкопе, конвульсии, гиперкинезы, дистония, астазия-абазия и др.), не носившие эпилептического или иного органического характера и которые позволительно отнести к диссоциативным (функциональным) двигательным расстройствам, а также психопатологические формы диссоциативных расстройств. В клинической картине заболевания Карима были эпизоды мимоговорения и пуэрильности, которые входят в структуру синдрома Ганзера, а также мутизм.

Ко второй группе психопатологических симптомов, наблюдающихся у пациента, следует отнести переживания и состояния, связанные с перенесённой им психотравмой (ДТП). Это периодически возникающие

реминисценции в виде навязчивых воспоминаний о травме, сопровождающиеся выраженной тревогой и страхом («все машины соьют всех людей»), кошмарными сновидениями. Особо следует обратить внимание на эпизод, случившийся при засыпании, во время которого у Карима возникло психомоторное возбуждение, он сел на кровать, стал от кого-то отбиваться, кричал, ругался, глаза выражали ужас. Данный эпизод следует трактовать как проявление парасомнии в виде синдрома ониризма.

Динамика состояния пациента характеризовалась ундулирующим характером и чередованием психопатологических и неврологических проявлений. Первый признак неадекватного поведения возник через несколько минут после ДТП, когда в машине скорой помощи Карим обратился к бабушке с неадекватной просьбой прочитать ему сказку. Бабушка растерялась и смутилась, поскольку медики, сопровождавшие внука, были удивлены «детской реакцией» мальчика. Первое время нахождения в стационаре Карим вёл себя адекватно, однако часто вспоминал травмирующее событие и размышлял о причинах ДТП.

После выписки мать обратила внимание на появление не свойственного мальчику поведения и реагирования — он начал периодически неуместно и неестественно улыбаться. Состояние пациента резко ухудшилось через 2 нед после выписки и совпало с моментом отъезда матери из дома в командировку. У Карима остро возник приступ неконтролируемых движений рук и ног, он начал задыхаться, не мог разговаривать. В связи с этим был госпитализирован в соматический стационар с подозрением на отравление. Всестороннее обследование (КТ, ЭЭГ) не выявило никакой патологии, психиатром-консультантом не обнаружено никакой психопатологической симптоматики. Лишь невролог констатировал наличие энцефалопатии с упором на нарушения поведения (без указания на конкретные признаки).

С этого времени приступы двигательных нарушений и психопатологических симптомов у пациента стали почти постоянными. Однако периодами он находился в адекватном состоянии, разговаривал, интересовался обычной жизнью. В частности, рассуждал о выборах президента, высказывал собственную позицию в поддержку одного из кандидатов. В один из периодов ухудшения он вёл себя, со слов матери, странно («как умственно отсталый»), говорил невпопад, иногда детским голосом. В дальнейшем «день на день не приходился» — иногда целые сутки мог быть в абсолютно адекватном состоянии, а в другие дни почти полностью молчал или произносил нечленораздельные звуки, похожие на гуление младенца. При этом в период приступов глаза, как правило, были зажмурены.

Учитывая тот факт, что в клинической картине заболевания пациента присутствовали две группы психопатологических симптомов, можно было предположить два варианта диагностического заключения. Первый позволяет говорить о сочетании разных психических расстройств — диссоциативного и ПТСР. Второй вариант можно назвать объединяющим.

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) есть рубрика, которая, с нашей точки зрения, частично отражает изученную клиническую картину заболевания Карима. Диагноз называется «диссоциативный подтип посттравматического стрессового расстройства» [1–17]. В классическом варианте это расстройство должно сочетать признаки ПТСР с диссоциативной деперсонализацией и дереализацией. В нашем случае диссоциативная симптоматика в рамках ПТСР носила расширенный характер и включала практически все клинические формы диссоциативных психопатологических расстройств. Особенность заключается в том, что невозможно было выделить основной психопатологический синдром — каждая из диссоциативных форм была представлена в равной степени и не преобладала над другими.

Подобное сочетание расстройств считают в последние годы типичным для диссоциативных расстройств. Распространённость диссоциативного подтипа ПТСР (Д-ПТСР) по данным литературы колеблется от 10 до 30% всех случаев ПТСР.

Психопатологический анализ пароксизмальных состояний в изученном клиническом случае не представляет диагностических трудностей — у пациента пароксизмальные диссоциативные (функциональные) двигательные нарушения, описанные выше, и более длительные диссоциативные психопатологические расстройства с вкраплениями периодически возникавших симптомов, в частности синдром Ганзера [18–21].

Специфика анализируемого клинического случая 10-летнего Карима заключается в том, что перенесённая им психотравма не относится к кругу катастрофических или выходящих за рамки жизненного опыта [22]. Обычно к развитию ПТСР приводят экстремальные события, катастрофы, насилие. Известно [23, 24], что ПТСР диагностируют у около 36% детей и подростков, подвергшихся воздействию подобных психотравмирующих событий.

По данным метаанализа, частота ПТСР среди детей после воздействия травм составляет в среднем 16%. При проведении большого эпидемиологического исследования в США было установлено, что распространённость ПТСР на протяжении жизни составляет 4,7% среди подростков [цит. по 23], при этом более высокие показатели отмечают среди девочек (7,3%) по сравнению с мальчиками (2,2%). Считают, что диагноз ПТСР можно выставлять, начиная с 6-летнего возраста [1].

Наиболее сложными для квалификации в клинической картине заболевания Карима представляются эпизоды нарушенного сознания с психотическими или псевдопсихотическими симптомами. Один из таких эпизодов произошёл при засыпании, а другой наяву, когда Карим неожиданно стал отрешённым, не был доступен продуктивному контакту, гримасничал, неуместно улыбался, глаза были зажмурены. Данный феномен традиционно

обозначают термином «ониризм». Он относится к кругу парасомнических расстройств, обычно возникает в состоянии неполного или частичного бодрствования, при засыпании или пробуждении [25]. В свою очередь, диссомнические расстройства считают типичными для клинической картины ПТСР [25], среди которых чаще других обнаруживаются кошмарные сновидения, нарушения засыпания и тревожные пробуждения, а также эпизодические ониризмы.

В клинической картине заболевания Карима был отмечен один эпизод ониризма, связанный с нарушениями сна, и ещё один в состоянии бодрствования или частичного бодрствования. Если психопатологическая квалификация первого не представляет трудностей, то второй эпизод относится к диагностически сложным. Его можно трактовать по-разному, например как редкий вариант «ониризма наяву» (при закрытых глазах) [26, 27] в сочетании с элементами синдрома Ганзера на фоне аффективно суженного (сумеречного) расстройства сознания. Внешне это проявлялось у пациента погружённостью в собственные переживания, гримасничанием, пуэрилизмом. Однозначно оценить наличие галлюцинаторных образов у пациента в этот период не представлялось возможным.

В литературе описано несколько редких случаев сочетания синдрома Ганзера с галлюцинациями [28–30], а также случай сочетания синдрома Ганзера с астазией-абазией [31]. Следует обратить внимание на тот факт, что значительную часть времени в течение суток Карим находится в состоянии некоторой отрешённости от реальности, у него обычно закрыты глаза, он погружён в мир собственных переживаний, то есть его состояние нельзя характеризовать как полное осознание окружающей действительности. Колебания сознания связаны с какими-либо бытовыми конфликтами — поведением бабушки, заставляющей его сменить нижнее белье, уходом матери из дома, ссорой с братом.

Теоретический анализ проблемы появления диссоциативных расстройств после перенесённых психотравм показывает, что диссоциацию следует рассматривать как механизм психологической защиты [32, 33]. Известно, что диссоциация характеризуется сепарацией, разрывом связей между отдельными психическими процессами, информационными потоками, личностными структурами.

В.А. Агарков [32] предложил различать ситуативные и транситуативные диссоциативные состояния. Транситуативные более выражены у людей, переживших потенциально психотравмирующие ситуации. Именно они играют значимую роль в формировании отсроченной реакции, которая может проявляться симптомами ПТСР. В случае с Каримом психотравма не носила характер катастрофической, но могла относиться к потенциально психотравмирующим. Возможно, в качестве потенциальной опасности пациент рассматривал дезорганизацию всей своей жизни, вследствие перелома ноги. Первично у Карима развился пуэрилизм как элемент синдрома Ганзера, к которому

присоединились как типичные признаки ПТСР, так и разнообразные диссоциативные симптомы.

Таким образом, клинический случай 10-летнего Карима Р. следует отнести к крайне редкому и не описанному в научной литературе полисиндромному варианту диссоциативного подтипа ПТСР (Д-ПТСР). Дальнейшее наблюдение за пациентом позволит уточнить траекторию изменений выявленных психопатологических симптомов. По литературным данным, Д-ПТСР относится к

терапевтически резистентным расстройствам, и пациент нуждается в интенсивной психотерапии и психофармакотерапии [34].

Катамнез. Через 2 мес после начала психофармакотерапии (флувоксамин, алимемазин) состояние Карима стабилизировалось — у него исчезли двигательные пароксизмы, пропали нарушения сна, ни разу не было эпизодов мимоговорения или пуэрилизма, крайне редко появлялись просоночные психотические состояния.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при написании статьи.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. В.Д. Менделевич — клиническое обследование, анализ случая, дифференциальная диагностика, анализ литературы; Г.А. Ситдииков — клиническое обследование, анализ клинического случая; Р.Р. Абакаров — клиническое обследование, анализ клинического случая.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This article was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution. V.D. Mendelevich — clinical examination, case analysis, differential diagnosis, literature analysis; G.A. Sitdikov — clinical examination, analysis of a clinical case; R.R. Abakarov — clinical examination, clinical case analysis.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесённые изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России. 2014. Т. 6. №1. С. 2. doi: 10.24411/2219-8245-2014-00006.
2. Зайцева Е.А. Атипичные формы посттравматического стрессового расстройства (клинический и судебно-психиатрический аспекты). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2014. 24 с.
3. White W.F., Burgess A., Dalgleish T. et al. Prevalence of the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis // Psychol. Med. 2022. Vol. 52. N. 9. P. 1629–1644. doi: 10.1017/S0033291722001647
4. Ross C.A., Ridgway J., Myron T. The symptom criteria for the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder // Psychol. Trauma. 2023; Nov. 30. doi: 10.1037/tra0001612
5. Misitano A., Moro A.S., Ferro M., Forresi B. The dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: A systematic review of the literature using the latent profile analysis // J. Trauma Dissociation. 2022. Vol. 4. P. 1–17. doi: 10.1080/15299732.2022.2120155
6. Geng F., Liang Y., Zhan N., Wang J. Prevalence, clinical features, and psychological characteristics of dissociative subtype of posttraumatic stress disorder in Chinese prisoners // J. Trauma Dissociation. 2023. Vol. 24. N. 1. P. 63–78. doi: 10.1080/15299732.2022.2079797
7. Swart S., Wildschut M., Draijer N. et al. Dissociative subtype of posttraumatic stress disorder or PTSD with comorbid dissociative disorders: Comparative evaluation of clinical profiles // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2020. Vol. 12. N. 1. P. 38–45. doi: 10.1037/tra0000474
8. Hornor G. Posttraumatic stress disorder // Journal of Pediatric Health Care. 2012. Vol. 27. N. 3. P. E29–E38. doi: 10.1016/j.pedhc.2012.07.020
9. Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Старунская Д.А. Алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023. Т. 57. №1. С. 83–95. doi: 10.31363/2313-7053-2023-741

10. Шамре В.К., Лыткин В.М., Баразенко К.В., Зун С.А. О динамике развития проблемы посттравматического стрессового расстройства // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2023. №1. С. 68–77. D: doi: 10.25016/2541-7487-2023-0-1-68-77

11. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. №12. С. 56–62.

12. Naagen J.F.G., van Rijn A., Knipscheer J.W. et al. The dissociative post-traumatic stress disorder (PTSD) subtype: A treatment outcome cohort study in veterans with PTSD // British Journal of Clinical Psychology. 2018. Vol. 57. N. 2. P. 203–222. doi: 10.1111/bjc.12169

13. Есина О.Б. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики. Дисс. ... канд. мед. наук. СПб.; 2017. 230 с.

14. Портнова А.А. Типология посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. № 12. С. 9–12.

15. Choi K.R., Ford J.D., Briggs E.C. et al. Relationships between maltreatment, posttraumatic symptomatology, and the dissociative subtype of PTSD among adolescents // J. Trauma Dissociation. 2019. Vol. 20. N. 2. P. 212–227. doi: 10.1080/15299732.2019.1572043

16. Dutra S.J., Wolf E.J. Perspectives on the conceptualization of the dissociative subtype of PTSD and implications for treatment // Curr. Opin. Psychol. 2017. Vol. 14. P. 35–39. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.10.003

17. Choi K.R., Seng J.S., Briggs E.C. et al. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder (PTSD) among adolescents:

Co-occurring PTSD, depersonalization/derealization, and other dissociation symptoms // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2017. Vol. 56. N. 12. P. 1062–1072. doi: 10.1016/j.jaac.2017.09.425

18. Spodenkiewicz M., Taieb O., Speranza M. et al. Case report of Ganser syndrome in a 14-year-old girl: Another face of depressive disorder? // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012. Vol. 6. P. 6.

19. Adler R. Pseudodementia or Ganser syndrome in a ten year old boy // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1981. Vol. 15. N. 4. P. 339–342. doi: 10.3109/00048678109159457

20. Agarwal S., Dhami A., Dahuja M., Choudhary S. Ganser syndrome in adolescent male: A rare case report // *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*. 2018. Vol. 14. N. 1. P. 93–99. doi: 10.1177/0973134220180109

21. Wincewicz K., Sapota-Zare K., Nasierowski T. Ganser syndrome — a dissociative disorder or a factitious disorder? A case report // *Psychiatr. Pol.* 2022. Vol. 56. N. 1. P. 63–75. doi: 10.12740/PP/129012

22. Добряков И.В. Стрессовые расстройства у детей и подростков. Методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; 2022. 23 с.

23. Bui E., Ohye B., Palitz S. et al. Острые и хронические реакции на стресс у детей и подростков. https://iacapar.org/_Resources/Persistent/438d045e97d518a00419a865296f5a791e790cf9/F.4-Trauma-Russian-UKR.pdf (дата обращения: 03.01.2024).

24. Alisic E., Zalta A.K., van Wesel F. et al. Rates of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis // *Br. J. Psychiatry*. 2014. Vol. 204. P. 335–340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227

25. Фастовцев Г.А. Структура диссомнических расстройств у комбатантов // *Российский психиатрический журнал*. 2010. №1. С. 68–73.

REFERENCES

1. Molchanova ES. Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder in DSM-V: changes in diagnostic criteria and previous problems. *Medicinskaya psichologiya v Rossii*. 2014;6(1):2. (In Russ.) doi: 10.24411/2219-8245-2014-00006

2. Zajceva EA. *Atipicheskie formy posttraumaticeskogo stressovogo rasstrojstva (klinicheskij i sudebno-psihiatricheskij aspekt)*. Avtoref. ... diss. kand. med. nauk. M.; 2014. 24 p. (In Russ.)

3. White WF, Burgess A, Dalgleish T et al. Prevalence of the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2022;52(9):1629–1644. doi: 10.1017/S0033291722001647

4. Ross CA, Ridgway J, Myron T. The symptom criteria for the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma*. 2023; Nov 30. doi: 10.1037/tra0001612

5. Misitano A, Moro AS, Ferro M, Forresi B. The dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: A systematic review of the literature using the latent profile analysis. *J Trauma Dissociation*. 2022;4:1–17. doi: 10.1080/15299732.2022.2120155

6. Geng F, Liang Y, Zhan N, Wang J. Prevalence, clinical features, and psychological characteristics of dissociative subtype of posttraumatic stress disorder in Chinese prisoners. *J Trauma Dissociation*. 2023;24(1):63–78. doi: 10.1080/15299732.2022.2079797

7. Swart S, Wildschut M, Draijer N et al. Dissociative subtype of posttraumatic stress disorder or PTSD with comorbid dissociative

26. Жмуров В.А. Психопатология. Часть II. Иркутск, Издат-во Иркутского университета; 1986. 217 с.

27. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Т. I. Учебник для студентов медицинских вузов. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга; 2000. 416 с.

28. Miller P., Bramble D., Buxton N. Case study: Ganser syndrome in children and adolescents // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1997. Vol. 36. N. 1. P. 112–115. doi: 10.1097/00004583-199701000-00024

29. Yella S.A., Divya R., Gupta P. A rare case of ganser syndrome presenting with associated symptoms of auditory hallucinations and amnesia // *International Journal of Psychiatry Research*. 2019. Vol. 1. N. 2. P. 8–9.

30. Tassniyom K., Paholpak S., Tassniyom S. et al. Ganser syndrome: A case report from Thailand // *Asia-Pacific Psychiatry*. 2009. Vol. 1. P. 30–33. doi: 10.1111/j.1758-5872.2009.00007.x

31. Stanković M., Kostić J., Grbeša G. et al. Astasia-abasia and Ganser syndrome in a preadolescent girl: A case report // *Srp. Arh. Celok. Lek*. 2015. Vol. 143. N. 7–8. P. 446–450. doi: 10.2298/SARH1508446S

32. Агарков В.А. Диссоциация как механизм психологической защиты в контексте последствий психической травмы. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2002. 22 с.

33. Коган Б.М., Семина Т.Е. Проблема диссоциации в психологии и психиатрии // *Системная психология и социология*. 2010. Т. 2. №1. С. 43–52.

34. Deen A., Biedermann S.V., Lotzin A. et al. The dissociative subtype of PTSD in trauma-exposed individuals: A latent class analysis and examination of clinical covariates // *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. Vol. 13. N. 1. P. 2031591. doi: 10.1080/20008198.2022.2031591

disorders: Comparative evaluation of clinical profiles. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020;12(1):38–45. doi: 10.1037/tra0000474

8. Hornor G. Posttraumatic stress disorder. *Journal of Pediatric Health Care*. 2012. Vol. 27. N. 3. P. E29–E38. doi: 10.1016/j.pedhc.2012.07.020

9. Vasil'eva AV, Karavaeva TA, Radionov DS, Starunskaya DA. Algorithm diagnostiki posttraumaticeskogo stressovogo rasstrojstva. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im VM Bekhtereva*. 2023;57(1):83–95. (In Russ.) doi: 10.31363/2313-7053-2023-741

10. Shamreĭ VK, Lytkin VM, Barazenko KV, Zun SA. O dinamike razvitiya problemy posttraumaticeskogo stressovogo rasstrojstva. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah*. 2023;(1):68–77. (In Russ.) doi: 10.25016/2541-7487-2023-0-1-68-77

11. Kekelidze ZI, Portnova AA. Posttraumaticeskoe stressovoe rasstrojstvo u detej i podrostkov. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im SS Korsakova*. 2002;(12):56–62. (In Russ.)

12. Haagen JFG, van Rijn A, Knipscheer JW et al. The dissociative post-traumatic stress disorder (PTSD) subtype: A treatment outcome cohort study in veterans with PTSD. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018;57(2):203–222. doi: 10.1111/bjc.12169

13. Esina OB. *Posttraumaticeskoe stressovoe rasstrojstvo u detej: psihosocial'nye faktory formirovaniya, klinicheskie harakteristiki i problemy diagnostiki*. Diss. ... kand. med. nauk. SPb.; 2017. 230 p. (In Russ.)

14. Portnova AA. Tipologiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u detej i podrostkov. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im SS Korsakova*. 2005;12:9–12. (In Russ.)
15. Choi KR, Ford JD, Briggs EC et al. Relationships between maltreatment, posttraumatic symptomatology, and the dissociative subtype of PTSD among adolescents. *J Trauma Dissociation*. 2019;20(2):212–227. doi: 10.1080/15299732.2019.1572043
16. Dutra SJ, Wolf EJ. Perspectives on the conceptualization of the dissociative subtype of PTSD and implications for treatment. *Curr Opin Psychol*. 2017;14:35–39. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.10.003
17. Choi KR, Seng JS, Briggs EC et al. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder (PTSD) among adolescents: Co-occurring PTSD, depersonalization/derealization, and other dissociation symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(12):1062–1072. doi: 10.1016/j.jaac.2017.09.425
18. Spodenkiewicz M, Taieb O, Speranza M et al. Case report of Ganser syndrome in a 14-year-old girl: Another face of depressive disorder? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012;(6):6.
19. Adler R. Pseudodementia or Ganser syndrome in a ten year old boy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1981;15(4):339–342. doi: 10.3109/00048678109159457
20. Agarwal S, Dhami A, Dahuja M, Choudhary S. Ganser syndrome in adolescent male: A rare case report. *J. Indian Assoc. Child Adolesc. Ment. Health*. 2018;14(1):93–99. doi: 10.1177/0973134220180109
21. Wincewicz K, Sapota-Zare K, Nasierowski T. Ganser syndrome — a dissociative disorder or a factitious disorder? A case report. *Psychiatr. Pol.* 2022;56(1):63–75. doi: 10.12740/PP/129012
22. Dobryakov IV. *Stressovye rasstrojstva u detej i podrostkov*. Metodicheskie rekomendacii. SPb.: NMIC PN im VM Bekhtereva; 2022. 23 p. (In Russ.)
23. Bui E, Ohye B, Palitz S et al. *Ostrye i hronicheskie reakcii na stress u detej i podrostkov*. https://iacapap.org/_Resources/Persitent/438d045e97d518a00419a865296f5a791e790cf9/F.4-Trauma-Russian-UKR.pdf (access date: 03.01.2024). (In Russ.)
24. Alisic E, Zalta AK, van Wesel F et al. Rates of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;204:335–340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227
25. Fastovcev GA. Struktura dissomnicheskikh rasstrojstv u kombatantov. *Rossiiskii psichiatricheskii zhurnal*. 2010;(1):68–73. (In Russ.)
26. Zhmurov VA. *Psihopatologiya*. Chast' II. Irkutsk, Izdat-vo Irkutskogo Universiteta; 1986. 217 p. (In Russ.)
27. Sidorov PI, Parnyakov AV. *Vvedenie v klinicheskuyu psihologiyu*. T. I. Uchebnik dlya studentov medicinskih vuzov. M.: Akademicheskij Proekt; Ekaterinburg: Delovaya kniga; 2000. 416 p. (In Russ.)
28. Miller P, Bramble D, Buxton N. Case study: Ganser syndrome in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(1):112–115. doi: 10.1097/00004583-199701000-00024
29. Yella SA, Divya R, Gupta P. A rare case of Ganser syndrome presenting with associated symptoms of auditory hallucinations and amnesia. *International Journal of Psychiatry Research*. 2019;1(2):8–9.
30. Tassniyom K, Paholpak S, Tassniyom S et al. Ganser syndrome: A case report from Thailand. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2009;1:30–33. doi: 10.1111/j.1758-5872.2009.00007.x
31. Stanković M, Kostić J, Grbeša G et al. Astasia-abasia and Ganser syndrome in a preadolescent girl: A case report. *Srp Arh Celok Lek*. 2015;143(7–8):446–450. doi: 10.2298/SARH1508446S
32. Agarkov VA. *Dissociaciya kak mekhanizm psihologicheskoy zashchity v kontekste posledstvij psihicheskoj travmy*. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M.; 2002. 22 p. (In Russ.)
33. Kogan BM, Semina TE. Problema dissociacii v psihologii i psichiatrii. *Cistemnaya psihologiya i sociologiya*. 2010;2(1):43–52. (In Russ.)
34. Deen A, Biedermann SV, Lotzin A et al. The dissociative subtype of PTSD in trauma-exposed individuals: A latent class analysis and examination of clinical covariates. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(1):2031591. doi: 10.1080/20008198.2022.2031591

ОБ АВТОРАХ

* **Менделевич Владимир Давыдович**, д-р мед. наук, профессор, зав. каф.;
адрес: Россия, 420012, Казань, Бутлерова, 49;
ORCID: 0000-0002-8476-6083;
eLibrary SPIN: 2302-2590;
e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Ситдиков Газинур Айратович, ординатор;
ORCID: 0000-0003-3962-9642;
eLibrary SPIN: 3181-1314;
e-mail: sga22197@mail.ru

Абакаров Раджаб Рафаилович, ассистент;
ORCID: 0009-0003-1233-9538;
e-mail: abakarovrr@gmail.com

AUTHORS' INFO

* **Vladimir D. Mendelevich**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor.,
Head of the Depart;
address: 49 Butlerova street., 420012, Kazan, Russia;
ORCID: 0000-0002-8476-6083;
eLibrary SPIN: 2302-2590;
e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Gazinur A. Sitdikov, Resident;
ORCID: 0000-0003-3962-9642;
eLibrary SPIN: 3181-1314;
e-mail: sga22197@mail.ru

Radzhab R. Abakarov, Assistant;
ORCID: 0009-0003-1233-9538;
e-mail: abakarovrr@gmail.com

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author