

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb643488>

Диссоциативные страдания, или верить ли пациенту на слово

В.Д. Менделевич, М.К. Нестерина

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

АННОТАЦИЯ

В статье приводится клинический случай 43-летней пациентки Жасмин, обратившейся к психиатрам с жалобами на «аффекты, мешающие жить: диссоциации, регрессии, ангедонию, флешбеки, социофобию, астению, тревогу, ночные кошмары». Сообщила, что для получения квалифицированной помощи осознанно поменяла место жительства и переехала в город, который «славится хорошими психиатрами». Пациентка за несколько лет «душевных страданий» досконально изучила психиатрическую литературу, освоила научную терминологию, глубоко проникла в понимание этиопатогенеза психических расстройств, овладела знаниями в области многообразных методов психотерапии, психофармакотерапии и позиционировала себя в качестве эксперта в области психиатрии. Она самостоятельно выявила у себя диссоциативные симптомы (деперсонализацию, дереализацию, регрессию), поставила себе диагноз диссоциативного расстройства. Делается вывод о том, что в современной психиатрии тема объективной диагностики психических и поведенческих расстройств сталкивается с новым вызовом — широкой распространённостью самодиагностики и влиянием на этот процесс экспертности пациента. Тема доверия врача к жалобам пациента переходит из сферы дифференциации с симуляцией в область оценки влияния «психиатрической грамотности» пациента на диагностику.

Ключевые слова: самодиагностика; психические расстройства; диссоциативные расстройства; гистрионическое расстройство личности; психиатрическая семиотика; психиатрическая диагностика.

Как цитировать:

Менделевич В.Д., Нестерина М.К. Диссоциативные страдания, или верить ли пациенту на слово // Неврологический вестник. 2025. Т. 57, № 1. С. 34–45.
DOI: <https://doi.org/10.17816/nb643488>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb643488>

Dissociative suffering: should we believe a patient's word?

Vladimir D. Mendelevich, Maria K. Nesterina

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

ABSTRACT

The article presents a clinical case of a 43-year-old patient, Jasmine, who sought psychiatric help due to "affects that interfere with life: dissociations, regressions, anhedonia, flashbacks, social phobia, asthenia, anxiety, and nightmares." The patient reported that she had consciously changed her place of residence and moved to a city "known for good psychiatrists" to receive qualified help. Over several years of "mental suffering," the patient thoroughly studied psychiatric literature, mastered scientific terminology, gained a deep understanding of the etiopathogenesis of mental disorders, and acquired knowledge of various psychotherapy and psychopharmacotherapy methods. The patient positioned herself as an expert in psychiatry. She independently identified dissociative symptoms (depersonalization, derealization, regression), and diagnosed herself with a dissociative disorder. It is concluded that modern psychiatry faces a new challenge in the objective diagnosis of mental and behavioral disorders — in particular, the widespread prevalence of self-diagnosis and the influence of patient expertise on this process. The issue of therapist trust in patient complaints is shifting from differentiating between genuine symptoms and malingering to assessing how "psychiatric literacy" impacts diagnosis.

Keywords: self-diagnosis; psychiatric disorders; dissociative disorders; histrionic personality disorder; psychiatric semiotics; psychiatric diagnosis.

To cite this article:

Mendelevich VD, Nesterina MK. Dissociative suffering: should we believe a patient's word? *Neurology Bulletin*. 2025;57(1):34–45.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb643488>

Received: 27.12.2024

Accepted: 30.12.2024

Published online: 20.01.2025

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb643488>

Диссоциатив газаплар, яки пациентның сүзенә ышаныргамы

В.Д. Менделевич, М.К. Нестерина

Казан дәүләт медицина университеты, Казан, Рәсәй

АННОТАЦИЯ

Мәкаләдә психиатрларга «яшәргә комачаулаучы аффектлар: диссоциация, регрессия, ангедония, флешбеклар, социофобия, астения, борчылу, төнге коточкыч төшләр» белән газәпланулары белән мәрәжәгать иткән 43 яшьлек пациент Жасминның клиник очрагы китерелә. Ул, квалификацияле ярдәм алу өчен, аңлы рәвештә яшәү урынын үзгәртүен — “яхшы психиатрлар белән дан тоткан” шәһәргә күчүен хәбәр итә. Авыру берничә ел “рухи газәпләр” вакытында психиатрия буенча фәнни хезмәтләрне җентекләп өйрәнә, фәнни терминологияне үзләштерә, психик тайпылышларның этиопатогенезын аңлауга тирән үтеп керә, психотерапиянең күптөрле методлары, психофармакотерапия өлкәсендәге белемнәрне үзләштерә һәм үзен психиатрия өлкәсендә эксперт итеп күрсәтә. Ул мөстәкыйль рәвештә үзендә диссоциатив симптомнарны (деперсонализация, дереализация, регрессия) ачыклай, үзенә үзе диссоциатив тайпылыш диагнозын куя. Мәкаләдә шундый нәтиҗә ясала: хәзерге психиатриядә психика һәм үз-үзеңне тотыш тайпылышларын объектив диагностикалау темасы яңа күренеш — үз-үзеңне диагностикалауның киң таралуы һәм әлеге процесска пациентның экспертлыгы йогынтысы күренеше белән очраша. Табибның авыру сөйләгән зарларга ышануы темасы симуляция белән дифференциацияләү сферасыннан пациентның «психиатрия өлкәсендәге грамоталылыгы»ның диагностикага йогынтысын бәяләү өлкәсенә күчә.

Төп сүзләр: үз-үзеңне диагностикалау; психик тайпылышлар; диссоциатив тайпылышлар; шәхеснең гистрионик тайпылышы; психиатрия семиотикасы; психиатрия диагностикасы.

Өзгәртүләр ясау өчен:

Менделевич В.Д., Нестерина М. К. Диссоциатив газәпләр, яки пациентның сүзенә ышаныргамы // Неврология хәбәрләре. 2025. Т. 57, № 1. 34–45 б.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb643488>

ОБОСНОВАНИЕ

Доступность психиатрической литературы, психопатологическая настороженность населения в связи с лиссофобией (страхом сойти с ума) и повышенный уровень требовательности к качеству собственного эмоционального функционирования привели к широкой распространённости самодиагностики психического здоровья [1, 2]. Это способствовало появлению так называемых субъективных психических расстройств, когда человек страдает от сомнений в собственной психической полноценности, обнаруживает у себя признаки расстройств (заболеваний), наличие которых в процессе специализированной психиатрической диагностики не подтверждается [3]. За последние годы существенно возросло число лиц, обращающихся к психиатрам за консультациями с готовым диагнозом, выставленным самостоятельно. Чаще других речь идет о синдроме дефицита внимания и гиперактивности, расстройствах аутистического спектра, депрессивном, биполярном, обсессивно-компульсивном расстройствах, тревожных расстройствах и панических атаках, посттравматическом стрессовом расстройстве, а также субъективных когнитивных расстройствах [4–10]. Практически не зарегистрированы обращения к психиатрам по поводу самовыявленной шизофрении и других психозов, умственной отсталости или деменции.

В тот же ряд «невостребованных» в процессе самодиагностики психопатологических состояний входят диссоциативные (конверсионные) и ипохондрические расстройства — с этими диагнозами пациенты практически никогда не обращаются к психиатрам. Это связано, с одной стороны, с отношением к «истерии» и ипохондрии как к осуждаемым человеческим недостаткам, слабостям (а не болезням), с другой стороны, с тем, что признание наличия у себя диссоциативных и ипохондрических расстройств подразумевает отказ от идей в них заложенных — согласия с тем, что переживаемые феномены ложны, вымышлены, воображаемы. Представленный ниже клинический случай Жасмин следует признать в этом отношении уникальным, поскольку пациентка за несколько лет «душевных страданий» досконально изучила психиатрическую литературу, освоила научную терминологию, глубоко проникла в понимание этиопатогенеза психических расстройств, овладела знаниями в области многообразных методов психотерапии, психофармакотерапии и практически стала экспертом в области психиатрии. Кроме того, она самостоятельно выявила у себя диссоциативные симптомы (деперсонализацию, дереализацию, регрессию), поставила себе диагноз диссоциативного расстройства. В связи с этим перед диагностами, обследовавшими Жасмин, встал вопрос о том, насколько правомерно принимать на веру её жалобы, оценивать реалистичность предоставляемых анамнестических сведений и строить научную диагностику, основываясь на словах пациентки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Жасмин, 43 лет, обратилась к психиатрам с жалобами на «аффекты, которые мешают жить: диссоциации, регрессии, ангедонию, флешбеки, социофобию, астению, тревогу, ночные кошмары». Сообщила, что для получения квалифицированной помощи осознанно поменяла место жительства и переехала в город, который «славится хорошими психиатрами».

Анамнез жизни

(со слов пациентки и её матери)

Родилась от второй беременности, раннее развитие без особенностей. Через полгода после рождения дочери отец с матерью развелись, отношений с отцом никогда не поддерживала и не поддерживает. Мать всегда отзывалась о нём негативно, как о «ненадёжном человеке» (собственных воспоминаний об отце Жасмин не имеет). Воспитывалась матерью и бабушкой, имеет старшую сестру (разница три года). В детские дошкольные учреждения пошла в возрасте трёх лет. Посещала без особого удовольствия, всегда держалась обособленно, чувствовала отчуждение от других ребят, не проявляла инициативы в совместных играх. Была молчаливым ребёнком, предпочитала уединенные занятия — играла в куклы, наносила себе макияж. Своё детство характеризует как «крайне тяжёлое, безрадостное, беспросветное». Существование омрачали отношения в семье, особенно с бабушкой. Описывает бабушку как властную, подавлявшую всех членов семьи, оказывавшую постоянное «эмоциональное насилие». Бабушка часто являлась инициатором семейных конфликтов, скандалов с матерью, прибегала к грубым оскорблениям, «устроивала театральные сцены». Мать Жасмин характеризует как слабовольную, отстранённую, отрицает душевную близость между ними, называет отношения «болезненно созависимыми». С раннего детского возраста чувствовала себя «буфером» между матерью и бабушкой, старалась сгладить конфликты («во время страшных скандалов садилась маме на колени, пыталась отвлечь бабушку, принять удар на себя»). Старшую сестру воспринимала как образец для подражания, тянулась к ней, однако ответной теплоты не получала — «мама впутала её в созависимость, сделала её своей подругой и враждебно настроила в отношении меня». Отмечает, что сестра часто издевалась над ней, высмеивала недостатки. Вспоминает, что на фоне негативной семейной обстановки у сестры возникали «астматические приступы». Заостряет внимание на том, что единственной адекватной фигурой эмоционально значимого взрослого для неё был мамин брат, который периодически проживал совместно с ними.

В школу пошла в семь лет. Особенности поведения в социуме сохранялись — оставалась замкнутой, нелюдимой, не удавалось выстраивать близких отношений со сверстниками. Однако подчёркивает, что имела

внутреннюю потребность в общении («у меня был бурный внутренний мир, но я демонстрировала вынужденное молчание, меня высушили внутри семьи, не научили близкому взаимодействию с людьми»). Описывает, что классная руководительница относилась к ней предвзято, проявляла негативные чувства, унижала в присутствии одноклассников («оказалось, что у неё была война с моей сестрой и матерью, и она перенесла злость на меня»). Испытывала выраженный дистресс от обстановки в школе, однако дома обсуждать проблемы ни с кем не могла: «было не принято делиться переживаниями, я не ощущала безопасности, постоянно жила в страхе за надвигающийся конфликт в семье». До 7-го класса имела одного близкого друга, «но мы никогда не говорили о личном, просто вместе молчали, конструировали кораблики, изучали что-то с помощью микроскопа», позже он переехал, общение прекратилось. Успеваемость была средней, училась формально. В свободное от учёбы время по собственному желанию посещала музыкальную школу, занималась акробатикой, любой другой досуг пресекался бабушкой («она запрещала прогулки, контролировала жизнь, читала личные дневники»).

Подростковый возраст пришелся на начало 1990-х годов, когда в родном городе была особо криминализованная обстановка («в окружении не было людей с высоким культурным уровнем, страшно было ходить по улицам среди гопоты»). Из-за конфликтов с учительницей мать решила перевести Жасмин в другую школу, где обнаружилось преобладание учеников, являвшихся членами преступных группировок («меня могли поймать и начать издеваться, доходило до избиений. Районные ребята проявляли повышенный интерес к моей внешности, чувствовала себя под прицелом, боялась выходить из дома, существование стало невыносимым»). В возрасте 13 лет, находясь дома у знакомой девочки, которой нравились случайные сексуальные связи, была соблазнена и вступила в сексуальный контакт с 30-летним мужчиной. Через какое-то время это стало известно в школе, и «ребята раздули тему о том, что это было изнасилование, начался буллинг, пошлые насмешки, унижение». В скором времени в день рождения Жасмин умер её дядя, единственный близкий ей человек. На фоне череды неприятностей и проблем с эмоциональным состоянием Жасмин бросила школу, кружки, собрала часть вещей и ушла из дома. Ночевала на улице, в подъездах, в видеосалонах, у малознакомых лиц. Некоторое время проживала у члена преступной группировки: «показалось важным, что у него есть оружие, а у меня была потребность в возмездии и отсутствие ощущения безопасности». После объявления матерью в розыск была доставлена домой. В семье к ней по-прежнему относились холодно: «никто не старался узнать причину бегства из дома, бабушка строго наказала, сестра влепила пощёчину, лишь мама была рада возвращению». Продолжала пропускать занятия в школе, с чем в семье постепенно смирились. Проводила много времени в криминальных компаниях, начала активно

употреблять алкоголь и наркотические вещества, вела беспорядочную сексуальную жизнь, в том числе за деньги. Пробовала посещать вечернюю школу, но бросала в связи с эмоциональным состоянием, в дальнейшем приобрела поддельный аттестат о среднем образовании. В возрасте 19–21 года увлеклась журналистикой, прошла конкурс на телевидение, работала корреспондентом, затем — диктором. В тот период «сильно влюбилась в мужчину, который полностью отличался от других, наконец-то появились эмоции, краски в жизни, стал радовать совместный досуг». Однако отношения продлились меньше года и закончились драматично — после возникшей беременности он принудил её к аборту и разорвал отношения. В возрасте 22 лет поступила в институт рекламы. Увлеклась учёбой, посещала тренинги по созданию брендов, занималась организацией вечеринок и шоу-программ, чувствовала свою «вовлечённость в жизнь». Проучилась до 3-го курса, затем «по невнимательности» пропустила оплату обучения и была отчислена. Продолжала проживать с матерью и бабушкой. В 26-летнем возрасте восстановилась в университете, но вскоре бросила по причине переезда в другой город, начала подрабатывать менеджером, затем швейей, видеомонтажёром. На работах удерживалась недолго по причине повышенной утомляемости и алкоголизации. Через какое-то время пришлось вернуться в родной город и ухаживать за тяжелобольной бабушкой. В настоящее время проживает одна, замужем не была, детей не имеет (1 беременность, 1 аборт), не работает. В свободное время занимается йогой, иногда посещает бассейн. Постоянных дружеских и романтических связей не имеет, периодически знакомится с женщинами на сайтах знакомств с запросом на совместные походы в театры, на джаз-концерты, но никогда своих планов не реализовывает. Финансовое состояние называет «прожиточным минимумом», в связи с чем ограничивает себя в желаемом досуге. После стабилизации психического состояния планирует обучиться графическому дизайну. Перенесённые и хронические заболевания: люмбаго, остеоартроз, дискинезия желчевыводящих путей, хронический вирусный гепатит С, венерические заболевания, включая сифилис.

Анамнез заболевания

Считает, что первые проблемы с психическим состоянием появились в раннем детстве. В связи со сложной семейной и учебной обстановкой «чувствовала постоянное отчуждение от мира, никому не доверяла». Жила в постоянном внутреннем напряжении, ощущала тревогу за надвигающийся семейный конфликт. Во время первой сексуальной связи в 13-летнем возрасте впервые испытала «диссоциацию, когда впала в ступор, пришлось выстроить перед собой стену и уйти от реальности, смириться с происходившим». Отмечает, что не испытывала при этом ни сексуального желания, ни отвращения. Однозначно не характеризует половой акт как изнасилование. Болезненно реагировала на насмешки и буллинг

в школе, последовавшие за этим событием, продолжала «спастись диссоциацией, отстранением». Значительное ухудшение состояния произошло после смерти дяди, когда «пропали краски, всё стало серым и мрачным, появились подавленность, непреодолимая ангедония, апатия, суицидальное настроение без оформленных идей». Описывает два «демонстративных» самопораза запястья, первый нанесла в период побега из дома в 7-м классе: «был недостаток адекватного внимания, хотела подчеркнуть, что мне тяжело», второй — при очередном семейном конфликте, когда «не нашла более эффективного способа достучаться до бабушки, порезала и продемонстрировала ей, чтобы она переключилась». Характер порезов достаточно глубокий, остались шрамы.

С 13-летнего возраста начала употреблять алкоголь и наркотические вещества, вступала в беспорядочные половые связи, «я очень много выпивала, в таком состоянии меня куда-нибудь вывозили и оказывали сексуализированное насилие, от разочарования снова пила алкоголь и получался замкнутый круг. При попытках убежать от реальности попадала в худшую реальность». В 15-летнем возрасте испытала однократный оргазм с желанным партнёром на фоне употребления марихуаны. С того момента по настоящее время сексуальные контакты и мастурбация не приносят удовольствия, не сопровождаются оргазмами (подчеркивает, что даже на фоне употребления наркотиков), по этому поводу испытывает значительную фрустрацию.

Описывает, что употребляла все доступные психоактивные вещества, в том числе внутривенно. Знакома с действием каннабиноидов, галлюциногенов (ЛСД), стимуляторов (экстази, кокаина, синтетических веществ), принимая их с целью «растормозиться, получить краски, энергию». С 15-летнего возраста появились признаки социофобии, когда испытывала неуверенность, находясь среди людей, особый страх появлялся в присутствии мужчин, «чувствовала давление со всех сторон, меня цепляли на улицах, свистели вслед». В транспорте чувствовала «предпанические состояния», характеризовавшиеся внезапным страхом, нехваткой воздуха, приступами кашля. В течение последующих 10 лет употребляла наркотики и алкоголь практически ежедневно. В моменты употребления испытывала нарастающую тревогу, в остальное время — депрессию. Не могла адаптироваться к рабочей обстановке, испытывала «дереализацию — время начало течь по-другому, ощущала оглушение, коллапс, наблюдала за обстановкой как будто издалека, чувствовала нервозность». В качестве серьёзной психической травмы называет разрыв близких отношений с женщиной, склонившей её к аборту: «я впервые доверилась мужчине, но его уход стал ударом, впала в ступор и чувствовала, что жизнь закончилась». С момента расставания употребление алкоголя и психоактивных веществ стало ежедневным, «постоянно сквозили полупараноидальные состояния, боялась людей». В возрасте 22–24 лет во время заочного обучения в университете продолжала употреблять

психоактивные вещества, из-за чего потеряла работу. Постепенно наркотические вещества перестали приносить эйфорию, расслабление или энергию, «отнимали ресурс, вводили в депрессию, не спасали от социофобии». Решение о прекращении употребления приняла резко. В 24-летнем возрасте в течение двух лет посещала группы анонимных наркоманов: «зацепила духовная программа, а у меня до этого всё было бездушное». Была нацелена на трезвость, «чувствовала эйфорию, всемогущество, ощущала себя праведной, говорила себе, что заслуживаю хорошей жизни». При этом на заседаниях группы чувствовала себя не вполне уверенно, не ощущала должной поддержки, «там нельзя было испытывать жалость к себе, всё фокусировалось на чувстве вины за употребление, не было возвращения заботливого взрослого для внутреннего ребенка». В трезвости, как того требовали правила 12-шаговой программы, «прописывала шаги». Считает, что четвёртый шаг («глубоко и бесстрашно исследовать себя с нравственной точки зрения») значительно ухудшил её психическое состояние — «решила поработать с внутренним самокритиком и встать на защиту себя, начав выписывать, вплоть до мелочей, всю боль, которую мне причинили», стала инициировать конфликты с матерью по причине старых обид. В какой-то период испытала трудности с формулированием своего душевного состояния и обратилась к психологу, «но у той была масса собственных проблем, поэтому эффекта от терапии не появилось». Ежедневно дополняла список, была фиксирована на мельчайших подробностях неприятных воспоминаний («руминация») — выписала около 3000 примеров: «то, что я написала, стало жить само по себе и владеть мной». При этом в периоды, когда устраивалась на работу, испытывала «социофобные ожидания, что меня критично оценят, боялась высказать своё мнение, даже поест при коллегах, стыд за любое своё действие, тотальную неуверенность в себе». К продолжавшимся проявлениям «дереализации» прибавилась «деперсонализация», когда на какой-то промежуток времени переставала чувствовать своё тело, могла испугаться своей конечности, не ощущая её частью тела. Участились и стали более выраженными проявления «панических атак», «социофобии»: не могла совладать со страхом, боялась столкнуться с людьми, переставала выходить на улицу, потеряла возможность осуществлять повседневную деятельность. В открытых пространствах начиналась паника («дико пугала неизвестность, боялась встретить людей, особенно мужчин, могла застыть в оцепенении»). Через какое-то время «приступы дереализации» достигли значительной выраженности, в лицах и фигурах людей, стоявших на остановках транспорта, видела «лики монстров, шеи вытягивались, как у змей, асфальт приближался». Испытывала постоянную тревогу, состояние негативного ожидания, на улице появлялось ощущение, что кто-то преследует с целью навредить. Впервые обратила внимание на появление «множества голосов» осуждающего

характера без однозначно дифференцированной половой принадлежности — «они были не как у шизофреников, а напрямую связаны с моими мыслями. Чаще была мешанина в голове, трудно было разобрать. Или, например, смотрю видеоурок по макияжу, в голове голос: да куда уж тебе страшной такое пробовать». Отмечает, что никогда «голосам» не доверяла, сопротивлялась их влиянию. Появились «*регрессии*» (беспокоящие до сих пор) — «внезапно накатывают вспышки воспоминаний, обычно из того списка четвертого шага программы, выпадаю из реальности, полностью погружаюсь в тот период. К примеру, наношу лёгким биением пальцев крем на лицо — резко *триггерит*, а после вижу в зеркале избитое лицо в синяках». Около года не выходила из дома, вставала с постели только по необходимости, не могла взаимодействовать с людьми, пребывала в состоянии «*эмоциональной оглушённости*». Постепенно начала внимательно изучать психиатрические книги, тогда предположила, что у неё вегетососудистая дистония, депрессия, панические атаки, агорафобия, деперсонализация и дереализация, социальное тревожное расстройство. Обратилась за консультацией к психиатру, по результатам которой был выставлен диагноз «**пограничное расстройство личности**». С заключением врача не согласилась, поскольку не нашла у себя всех ей известных признаков расстройства («он сказал, что у меня есть импульсивность и чёрно-белое поведение, но ведь дело не в импульсах, всегда есть причина или триггер, на основании которого я поступаю отчаянно»). Начала принимать антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (эсциталопрам) и антипсихотик (кветиапин) — ощутила минимальный эффект. В этот же период, эпизодически погружаясь в негативные воспоминания, видела в отражающих поверхностях образы, казалось, что зеркала, окна противоположных домов несут опасность, «боялась увидеть там персонажей или сценарии из прошлой жизни и свалиться в *регрессию*». Тогда же отмечались навязчивые побуждения нанести себе вред острыми предметами (нож, иголка, карандаш), сопровождавшиеся внутренним сопротивлением. Через какое-то время обратилась к другому психиатру, который выставил диагноз «**психотический эпизод, неуточнённый**» и назначил другой селективный ингибитор обратного захвата серотонина (пароксетин) и трициклический антидепрессант (кломипрамин). На фоне лечения настроение стало более стабильным, практически прошли агорафобия и панические атаки, однако «голоса» ругающего, обвиняющего характера периодически повторялись. Через несколько лет в связи с «мучительным пониженным настроением, грузом страшных воспоминаний, кошмаров» («триггерил сам город и связанные с ним события») вновь обратилась к психиатру, выставившему диагноз «**биполярное расстройство 2-го типа**». Считала этот диагноз ошибочным, поскольку у неё никогда не было гипоманиакальных эпизодов, отмечались лишь периодические резкие колебания

настроения в течение дня. Принимала стабилизаторы настроения (лития карбонат), но состояние продолжало ухудшаться, сохранялись «постоянные навязчивые *руминации, регрессии, диссоциации*». Описывает чувство «параноидальности», когда казалось, что кто-то подсматривал за ней, опасалась выкладывать личный контент в социальные сети. Связывает эту насторожённость с тотальным недоверием к людям. Не смогла совладать с тягостными ощущениями и после 12 лет трезвости «от отчаяния» вернулась к ежедневному употреблению крепких алкогольных напитков. Спустя три года, как и прежде, резко бросила употребление. В тот период принимала габапентин («он включил эмоции, даже немного гипоманиакалоило, была словоохотливостью, хорошо преодолевала гнетущие воспоминания, голова прояснилась»), через несколько месяцев, когда действие препарата закончилось, перешла на ламотриджин, от которого эффекта не заметила.

Именно тогда приняла решение о переезде в город, где можно было найти квалифицированных психиатров и психотерапевтов. Сначала активно посещала психологов в попытках разобраться в состоянии. Некоторые улучшения появились после практик телесно-ориентированной психотерапии. Однако, не удовлетворяясь эффектом, перепробовала множество различных методов терапии (схематерапия, когнитивно-поведенческая терапия и др.). Глубоко погрузилась в изучение специальной литературы, **обнаружила у себя диссоциативное расстройство** и пришла к выводу, что наиболее подходящим способом лечения для неё является психофармакотерапия. В настоящее время продолжает принимать дулоксетин, лития карбонат, кветиапин и габапентин. Обратилась к психиатрам по причине отсутствия эффекта терапии. После обследования по её инициативе была представлена на клинический разбор, проходивший в аудитории с участием более 50 психиатров.

Психический статус

В аудиторию вошла уверенным шагом, при виде большого числа специалистов волнения или смущения не продемонстрировала. Внешне опрятна, одета элегантно, волосы аккуратно уложены, на лице органичный макияж, ощущался интенсивный запах парфюма. Попросила разрешения не снимать маску с лица, объяснив это тем, что находится на этапе стоматологических процедур и не хотела бы предстать в неподобающем виде. Маска была подобрана в цвет блузке. Ранее однажды приходила на консультацию с перебинтованными предплечьями, объясняя тем, что на коже много царапин и ссадин вследствие нападения домашней кошки. Для подтверждения своих слов демонстрировала видео, на котором «у кошки случилось бешенство, она вела себя неадекватно, её пришлось усыпить». Рассказ сопровождала воспоминаниями о том, что два других кота тоже умерли — «разбились, соскребала с козырька». Трагическим голосом сообщала, что она «прокажённая, всё в жизни должно быть через страдание и боль».

В процессе полуторачасовой беседы стала ещё более раскованной, обильно жестикировала, шутила, вела непринуждённый разговор с врачами, проявляла высокую степень эмоциональности и вовлечённости. Интонации и модуляции голоса были выразительными, мимика живой и соответствующей теме разговора. Предъявляя жалобы, настаивала на тягостности имеющихся переживаний. Использовала множество психиатрических терминов (диссоциации, регрессия, ангедония, деперсонализация, дереализация, галлюцинации и пр.). При расспросе о том, что, к примеру, она имеет в виду, когда говорит о диссоциации, она рассказала об ощущениях отключённости от реальности, когда «внешний мир как будто отдаляется и делается бесчувственным». За время беседы внимание было концентрировано на вопросах и ответах, не отвлекалась. Однако сообщила, что за это время у неё несколько раз возникали «регрессии и флешбеки», она переносилась мысленно в девяностые годы, вспоминала как её обижали окружающие. Не видела противоречия в том, что в это же время вела последовательную (несбивчивую) беседу. Считает, что многие годы не может испытывать радость или удовольствие от чего бы то ни было — ни от пищи, ни от природы, ни от общения («только иногда могу на 3–5% что-то почувствовать»). Кроме того, отмечает, что ещё одной проблемой для неё является «тяжелейшая усталость от любой деятельности»: «вот сейчас закончится консультация — и я сутки с постели не смогу встать». Не видит противоречия между тем, что с внешне ощутимым удовольствием и радостью в течение полутора часов во время клинического разбора общалась с психiatрами, не проявляя ни ангедонии, ни астении.

Сообщила, что наиболее тягостными для неё являются следующие переживания и состояния:

1) постоянное ощущение «коллапса, давления, оглушения, напряжения, скованность по всему телу», как после сильного падения; сиюминутно помогают справиться лишь телесные упражнения;

2) регрессии, навязчивые воспоминания, «возникает помутнение сознания, когда погружаюсь в неприятную ситуацию из прошлого, наваливаются негативные ощущения, чувство уязвимости, появляются яркие образы, расщепление — трудно понимать, где реальность, отвлекаться помогают крик, физические упражнения (прыжки, отжимания)», состояния не сопровождаются «голосами»;

3) дереализация, деперсонализация, «например, схожу с коврика для йоги, на полу как будто обрыв, не могу собраться, теряю контроль, тяжело дышу и ощущаю страх, иногда вижу себя со стороны, как будто множество моих отражений в лабиринте зеркал, не могу собрать себя воедино, это вызывает сильнейшее напряжение»;

4) мелькание негативных воспоминаний, образов в голове, «как будто резкая смена декораций, как из окна машины при быстрой езде»;

5) дисрегуляция, проблемы с концентрацией внимания, быстрая смена деятельности;

6) ненависть к себе, косвенная аутоагрессия (алкоголь, наркотики и т.д.), отсутствие жалости к себе, пустота внутри;

7) перфекционизм, «самоуничтожение в ситуациях, когда не довожу что-то до идеала»;

8) социальная изоляция, отсутствие примеров адекватного поведения;

9) нестабильная самооценка (чаще окрашена негативно);

10) панические состояния, во время которых при вдохе возникает спазм в межреберье;

11) руминации, заикливание на несущественных ситуациях, например, «нагрубила парню в автобусе из-за громкой музыки, зафиксировалась на этом, длительно переживала»;

12) суицидальные мысли, «зачем я живу, если ничего не помогает излечиться, но пока останавливает небольшая надежда, даю себе ещё шанс».

В процессе беседы старалась продемонстрировать свою компетентность в области психологии и психиатрии, ссылаясь на изученную литературу, прибегала к многочисленным «научным» интерпретациям своего состояния, критиковала и опровергала выставленные на предыдущих консультациях диагнозы и выдвигала свои. Указывала, что заключения психиатров «не носили никакой ценности, поскольку там была сплошная штамповка». Описывала многочисленный опыт посещения специалистов, *подчёркивая уникальность и неразрешимость её случая*: «не каждый психолог, даже клинический, поймет, как работать с моими многочисленными невротами, мне нужно постоянное сопровождение психиатра в динамике, если кто-то вообще способен за такое взяться, объяснить все симптомы и синдромы. Я ходила на тренинг по диалектической поведенческой терапии, но там были люди только с пограничным расстройством личности, чувствовала себя неловко с моим обширным спектром проблем. Когнитивно-поведенческая психотерапия для меня слишком суха, там не работают с эмоциями, а у меня выраженная дисрегуляция, плюс мне нужна работа с телесностью». Отмечает, что владеет некоторыми техниками психотерапии, проводила себе сеансы «десенсибилизации и переработку движением глаз, которые усиливали вспышки регрессии». Сообщила, что в данный момент *читает книгу по терапии диссоциативных расстройств*. Детально описывает свои состояния, периодически начинает спонтанно и отвлечённо рефлексировать: «я состою из фобий, боюсь постоянного повторения моих приступов диссоциации, когда я расщепляюсь, чувствую себя уязвимой, в диссоциативных состояниях всегда ощущаю себя незащищённым ребёнком, во время регрессии перестаю чувствовать границы сознания. Эмоции торчат, не умею их проживать, один триггер тянет за собой другой...».

В процессе беседы мышление без ассоциативных нарушений, повествование со склонностью к детализации, рассуждательству, фиксации на субъективно значимых темах. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент

беседы не обнаруживалось. В конце беседы при обсуждении тактики терапии Жасмин высказала *пожелание пройти курс электросудорожной терапии*, поскольку, с её точки зрения, «это хороший способ избавления от диссоциации и регрессии».

Заключение психолога

Поведенчески внешне ухожена, в манерах демонстративна, охотно общается, инициативно высказывает неблагоприятные сведения о себе (употребляла вещества и алкоголь, порезы на руках), сидит и жестикулирует в свободной манере, тратит много листов бумаги при заполнении тестовых заданий («не экономит»), не стесняется спросить ещё, постоянно черкает и зачерняет. Выдает психологические и медицинские термины («аутистический спектр, социофобия, эндогенное заболевание, селфхарм» и т.п.). По поводу отсутствия семьи и детей: «морально тяжело... нет общения... нет поддержки». Проявляет себя эгоистически и эгоцентрически, всё время говорит о себе и своём, не соглашаясь с комментариями без эмоций и рефлексии. Отмечаются эпизодические моменты «выпадения» из выполнения, по типу «блоков» проработки небезразличной ей информации (например, при сравнении обман—ошибка не может возобновить усвоенный алгоритм операций, впадает в рассредоточенность, даже записывает буквально: «обман» и «ошибка»). Внимание с периодическими колебаниями, в нагрузке по неустойчивому, гиперстеническому типу истощения (таблицы Шульте — 45", 53", 44", 58"). Память с феноменом неустойчивости запоминания (из 9 фигур — 4, 8, 7, 7). При осмыслении информации отсроченное воспроизведение в том же объёме (по пиктограммам — 80%). Уровень и характер образного опосредования понятий характеризуется примитивностью образов и претенциозностью рисунков (укрупнённость, «художественность» при явной несформированности рисуночной графики). Связь образов с заданным понятием отличается нестандартностью, оригинальничанием («справедливость» — американский полицейский «как в фильмах»), привлечением сугубо собственного опыта («проблема» — таблетки, «за таблетками диагноз... всё остальное»). Ассоциативный процесс характеризуется первоначальной нормативностью латентного периода и качества ответов с отсутствием аффективных блоков на слова из её заявленных проблем (например, народ... стадион; нервы... скрипят). По мере продолжения обнаруживает снижение непосредственности, удалённость и нарочитость ответов (например, счастье... смерть; доза... отморозенность; правда... сложность и т.п.), что свидетельствует о подконтрольности аффективно-смысловой сферы и дифференцированности проработки значимой для себя информации от незначимой. В незавершённых предложениях актуализирует тему скуки, прекращения жизни («моя жизнь мне надоела», «я скрываю, как надоела мне жизнь», «мне жаль, что я живу

жизнь» и т.д.). Актуализирует тему одиночества, ограничения отношений лишь домашними животными, отсутствия перспективы. Мышление невысокого уровня абстрагирования с доступностью мыслительных операций по обобщению и различению на основе внешне конкретных, сенситивных признаков. В суждениях склонность к рассуждательству банального характера («умничание»), например, обман—ошибка: «две стороны одной медали» — «какой медали?» — «последствия одни»; утро—вечер: «бодрствование», «утром суетишься, вечером расслабляешься» — «когда расслабляешься, тогда и вечер?» — «утро — начало дня, вечер — продолжение» и т.п.). Отсутствуют сверхобобщение или абстрагирование от конкретики и опыта, доступна самостоятельная с внешней помощью коррекция суждений. В субъективистских представлениях (о своей болезни, диагностике) *остаётся непреубеждаемой, уверенной в наличии у неё психических отклонений, трудных для правильной диагностики и лечения*. По данным опросникового тестирования (СМОЛ код 12"843679' при F=80), дезадаптивное состояние с одновременной задействованностью разнонаправленных тенденций и защит как стенического, так и гипостенического регистра (что возможно при позиции «крика о помощи», привлечения к себе внимания, неумения разбираться в себе, недостаточной способности к рефлексии). В целом превалирует «невротическая» симптоматика и жалобы на депрессивность, неудовлетворённость, недовольство, жалобность, «ипохондричность». По опроснику Бека на депрессию — 41 балл (тяжёлая депрессия). По проективному тестированию (МЦВ 51243607) нет тревоги, состояние характеризуется неудовлетворённостью чувственной сферы (любви, гармонии), «увлекающаяся натура», потребность в разносторонней жизни, яркости впечатлений, вовлечённости и полноте. Заключение: внешне поведенческие проявления демонстративности, привлечения внимания к собственной персоне как к незаурядной личности, патопсихологический симптомокомплекс по «органическому» типу когнитивной недостаточности (неустойчивость сосредоточения, колебание выносливости, неполнота запоминания, невысокий уровень обобщённости осмысления, «выпадение» интеллектуальной проработки по аффективному механизму осмысления), наличие скрытых проблемных смыслов по эгоцентрической и гедонистической тематике, тестовый вариант «смешанного расстройства личности» в актуальном состоянии жалобности и недовольства.

Заключение невролога

G 90.8 Веретососудистая дистония по гипотоническому типу. Люмбоишалгия, обусловленная дегенеративно-дистрофическими изменениями пояснично-крестцового отдела на уровне L2–L3–L4, мышечно-тоническая форма, хронически рецидивирующее течение.

Дополнительные обследования

Заключение эндокринолога: синдром гиперпролактинемии лекарственного генеза.

Магнитно-резонансная томография: по МР-данным очаговых изменений, объёмных образований головного мозга не выявлено. МР-данные синусита левой верхнечелюстной пазухи; признаки углового изгиба С1 сегмента левой внутренней сонной артерии (кинкинг), гипоплазии V4 сегмента правой позвоночной артерии. Признаков тромбоза, аневризматических изменений и артериовенозной мальформации не выявлено.

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: эхографические признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий. Стенозы (по ECST) справа: каротидный бассейн — 20–25%, внутренняя сонная артерия — 20%, подключичная артерия — 20%, S-образная извитость дистального сегмента внутренней сонной артерии слева. Правая позвоночная артерия малого диаметра.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный клинический случай вызывает интерес в связи со значительными трудностями в оценке истинности существования разнообразных психопатологических феноменов, на которые обращает внимание пациентка и которые невозможно верифицировать. В процессе обследования заявленные в качестве симптомов флешбеки, диссоциации, регрессия, ангедония, апатия, астения, галлюцинации не нашли своего подтверждения. Встал вопрос о том, **может ли психиатр строить диагностический процесс, ориентируясь исключительно на слова пациента?** С другой стороны, нуждается в понимании феномен страдания пациентки от наличия феноменов, которые она считает реальными. То есть проблема психопатологической интерпретации состояния обследованной выходит за рамки конкретного случая и требует выработки теоретических положений о доверии или недоверии словам предполагаемого пациента.

В этом отношении показательным можно признать жалобу Жасмин на то, что во время клинического разбора и беседы она, не прерывая диалога с врачом, испытала «регрессию и флешбеки», когда в мыслях возвратилась к тяжёлым для неё годам жизни и значимым психотравмам. Внешне это не подтверждалось ни расфокусированностью взгляда, ни отрешённостью. Также не подтверждалось наличие других «симптомов» — ангедонии, астении, галлюцинаций.

Известно, что диагностический процесс в психиатрии практически всегда опирается на предъявляемые человеком жалобы, основанные на его восприятии и понимании собственных переживаний и ощущений. Это касается, например, обсессивно-компульсивных феноменов, «головов», деперсонализации и дереализации — психиатр не может проверить, правдивы ли такие жалобы, и верит пациенту на слово. Он исходит из того, что обращение

к психиатрам (если это не симуляция) со всеми стигматизирующими последствиями основано на страданиях человека и стремлении получить помощь вне зависимости от того, назовем ли мы это психопатологическим симптомом или «душевым страданием».

Ещё одной особенностью представленного клинического случая следует признать высокий уровень «психиатрической грамотности» пациентки и выявлении у себя диагноза диссоциативного (гистрионического) расстройства личности. В процессе диагностического поиска психиатры пришли к выводу, что предположение Жасмин о наличии у неё диссоциативного расстройства личности в целом совпадает с мнением профессионалов — **смешанное личностное расстройство с преобладанием гистрионических черт (F61.0)**. Уникальность данного случая заключается и в том, что обычно пациент не склонен соглашаться с обнаружением у него такого диагноза и расценивает симптомы своего недуга как реальные, а не как вымышленные (воображаемые). Известно, что в критерии диагностики диссоциативного расстройства личности, помимо склонности к драматизации, эгоцентризма, избегания вреда, поиска новизны, зависимости от вознаграждений [11], входит патологически богатое воображение, внушаемость и склонность к псевдологии. Потенциальным фактором развития этих свойств признаны детские психические травмы [12]. Кроме того, в дефиниции гистрионического расстройства личности указывается на то, что в клинической картине заболевания должны присутствовать характерные искажения переживаний и поведения, включающие нарушения характера восприятия и интерпретации предметов, людей, событий, формирование искажённых интерперсональных отношений и образов Я [13]. При этом сам пациент обычно убеждён в правдивости собственной самооценки и анализа окружающей реальности. Понимание и признание ошибочности собственной оценки реальности (включая самооценку) входит в противоречие с диагностическими критериями диссоциативного расстройства личности. Можно предполагать, что процесс самодиагностики психического расстройства, стремление лечиться необычными брутальными способами (электросудорожная терапия), драматизация интерпретации собственных переживаний носят у Жасмин характер условной «вторичной выгоды» — достижения социализации в условиях изоляции, одиночества, нереализованности и непризнанности в жизни.

Представленный клинический случай обнаружения у пациентки «субъективных психических расстройств» делает ещё более актуальной тему психопатологической самодиагностики и границ экспертности пациента [14], в частности, в вопросах диагностики и терапии психических расстройств. С. Anselmetti и соавт. в статье «Диссоциативное расстройство идентичности у подростков: от самодиагностики до преходящего заболевания» [15] обнаруживают связь между самодиагностикой ментальных расстройств и их дальнейшей манифестацией. В частности, указывается на механизм избыточного

фиксирования на возможных симптомах расстройства, которые в дальнейшем воспринимаются как реальные. В другой статье с громким названием «Падение в кроличью нору самодиагностики психического здоровья»¹ отмечается, что «хороший диагноз — это совместный процесс, в рамках которого встречаются знания и жизненный опыт» [16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной психиатрии тема объективной диагностики психических и поведенческих расстройств сталкивается с новым вызовом — широкой распространённостью самодиагностики и влиянием на этот процесс экспертности пациента. Тема доверия врача к жалобам пациента переходит из сферы дифференциации с симуляцией в область оценки влияния «психиатрической грамотности» пациента на объективность диагностики.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Tse JSI, Haslam N. Broad concepts of mental disorder predict self-diagnosis. *SSM. Mental Health*. 2024;6:100326. doi: 10.1016/j.ssmmh.2024.100326 EDN: FDAGAB
2. David AS, Deeley Q. Dangers of self-diagnosis in neuropsychiatry. *Psychol Med*. 2024;54(6):1057–1060. doi: 10.1017/S0033291724000308
3. Mendelevich VD. About "subjective mental disorders", self-diagnostics and psychopathological alertness. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2023;25(4):4–7. EDN: GDGBYN
4. Knouse LE, Bagwell CL, Barkley RA, Murphy KR. Accuracy of self-evaluation in adults with ADHD: evidence from a driving study. *J Atten Disord*. 2005;8(4):221–234. doi: 10.1177/1087054705280159
5. Lewis F. Exploring the experience of self-diagnosis of autism spectrum disorder in adults. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(5):575–580. doi: 10.1016/j.apnu.2016.03.009
6. Shih CH, Zhou A, Grider S, et al. Early self-reported post-traumatic stress symptoms after trauma exposure and associations with diagnosis of post-traumatic stress disorder at 3 months: latent profile analysis. *BJPsych Open*. 2023;9(1):e27. doi: 10.1192/bjo.2023.1
7. Jessen F, Amariglio RE, Buckley RF, et al. The characterisation of subjective cognitive decline. *Lancet Neurol*. 2020;19(3):271–278. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30368-0
8. Wies B, Landers C, Lenca M. Digital mental health for young people: a scoping review of ethical promises and challenges. *Front. Digit. Health*. 2021;3:697072. doi: 10.3389/fdgth.2021.697072

Вклад авторов. В.Д. Менделевич — клиническое обследование, анализ литературы, дифференциальная диагностика; М.К. Нестерина — клиническое обследование. Все авторы подтверждают соответствие авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациента на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This study 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, literature analysis, differential diagnosis; M.K. Nesterina — clinical examination. All authors confirm that their authorship meets the international ICMJE criteria (all authors made a significant contribution to the development of the concept, conducting the study and preparing the article, read and approved the final version before publication).

Informed consent for publication. The authors obtained written consent from the patient's legal representatives for the publication of medical data.

9. Jutel A. Self-diagnosis: a discursive systematic review of the medical literature. *J Participat Med*. 2010;2:e8S.

10. Mendelevich VD. *Terminological foundations of phenomenological diagnostics in psychiatry*. Moscow: Gorodec; 2016. EDN: WQBUBJ

11. Torrico TJ, French JH, Aslam SP, Shrestha S. Histrionic personality disorder. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.

12. Yang M. Overview on histrionic personality disorder. *Communications in Humanities Research*. 2023;7(1):221–226. doi: 10.54254/2753-7064/7/20230886

13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, American Psychiatric Publishing; 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596

14. Holyavin A, Zvonaryova O. The expertise of patient organisations: making patients' voices heard. *The Journal of Social Policy Studies*. 2022;20(2):335–346. doi: 10.17323/727-0634-2022-20-2-335-346 EDN: QXFHHF

15. Anselmetti C, Fournieret P, Gauld C. Trouble dissociatif de l'identité de l'adolescent: de l'autodiagnostics à la maladie transitoire [Dissociative identity disorder in adolescents: From self-diagnosis to transient illness]. *Med Sci (Paris)*. 2023;39(4):377–379. French. doi: 10.1051/medsci/2023042

16. Jaramillo JA. *Down the rabbit hole of self-diagnosis in mental health*. University of Colorado Denver; 2023.

¹ «Падать в кроличью нору» (идиома) — попадать в ситуацию, начинать процесс или отправляться в путешествия, особенно странные, трудные, сложные или хаотичные, особенно те, которые становятся всё более и более проблематичными по мере их развития или разворачивания.

ОБ АВТОРАХ

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

Нестерина Мария Кирилловна, ординатор каф. психиатрии
и медицинской психологии;
ORCID: 0000-0001-6901-5903;
eLibrary SPIN: 5974-4048;
e-mail: mari.nesterina@mail.ru

AUTHORS' INFO

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

Maria K. Nesterina, Resident of the Department of Psychiatry
and Medical Psychology;
ORCID: 0000-0001-6901-5903;
eLibrary SPIN: 5974-4048;
e-mail: mari.nesterina@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author