



Случай девушки по имени Миша: эпатаж, маскинг и нейродивергентность

В.Д. Менделевич✉, М.К. Нестерина, В.Н. Коновалова, И.А. Митрофанов

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

✉mendelevich_vl@mail.ru

Аннотация

В статье приведен случай девушки по имени Арина, обнаружившей у себя на основании психологического самообследования расстройство аутистического спектра и настаивавшей на получении официального психиатрического диагноза. Она сообщала, что долгие годы занималась маскингом – сокрытием имевшихся коммуникативных нарушений, вследствие чего у нее появилась эмоциональная дисрегуляция и «аутистическое выгорание». Помимо этого, она была недовольна своим именем и просила окружающих звать ее Миша, но в женском роде. Поведение Миши носило дисгармоничный характер, она была склонна к конфликтности вследствие недопонимания невербальных реакций собеседников. Проведена дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра со смешанным расстройством личности, а также анализ литературы по вопросу коморбидности расстройств аутистического спектра. Сделан вывод о том, что выявленный у пациентки синдром Аспергера сочетался не с четко очерченными коморбидными психическими и поведенческими расстройствами, а с abortивными элементами тех или иных психопатологических симптомов. Предполагается, что коморбидные расстройства не сформировались у Миши в развернутом виде именно по причине наличия специфических аутистических черт, затруднивших развитие полноценной картины каких бы то ни было иных расстройств.

Ключевые слова: синдром Аспергера, высокофункциональный аутизм, нейродивергентность, расстройства аутистического спектра, транссексуализм, маскинг, психиатрическая диагностика, самодиагностика.

Для цитирования: Менделевич В.Д., Нестерина М.К., Коновалова В.Н., Митрофанов И.А. Случай девушки по имени Миша: эпатаж, маскинг и нейродивергентность. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024; 5 (5): 58–70. DOI: 10.47407/kr2024.5.5.00407

The case of a girl named Misha: shocking, masking and neurodivergence

Vladimir D. Mendeleevich✉, Maria K. Nesterina, Veronika N. Konovalova, Ivan A. Mitrofanov

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

✉mendelevich_vl@mail.ru

Abstract

The article presents the case of a girl, Arina, who, based on psychological self-examination, discovered that she had autism spectrum disorder and insisted on receiving an official psychiatric diagnosis. She reported that for many years she had been engaged in masking – hiding existing communication disorders, as a result of which she developed emotional dysregulation and “autistic burnout.” In addition, she was dissatisfied with her name and asked those around her to call her Misha, but in the feminine gender. Misha's behavior was disharmonious; she was prone to conflict due to a misunderstanding of the non-verbal reactions of her interlocutors. An analysis of the literature on the issue of comorbidity of autism spectrum disorders was carried out. It was concluded that the Asperger syndrome identified in the patient was not combined with clearly defined comorbid mental and behavioral disorders, but with abortifacient elements of certain psychopathological symptoms. It is assumed that comorbid disorders did not develop in Misha in an expanded form precisely because of the presence of specific autistic traits that made it difficult to develop a full picture of any other disorders.

Keywords: Asperger's syndrome, high-functioning autism, neurodivergence, autism spectrum disorders, transsexualism, masking, psychiatric diagnosis, self-diagnosis.

For citation: Mendeleevich V.D., Nesterina M.K., Konovalova V.N., Mitrofanov I.A. The case of a girl named Misha: shocking, masking and neurodivergence. *Clinical review for general practice*. 2024; 5 (5): 58–70 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2024.5.5.00407

В условиях общественного давления и стигматизации лиц с психическими и поведенческими расстройствами существенно затрудняется их диагностика [1]. Нередко пациенты, обращаясь к психиатрам, склонны предъявлять жалобы на состояние здоровья «с оглядкой» на социальное значение диагноза, т.е. их жалобы предварительно проходят сортировку с ориентацией на то, чтобы не был выставлен нежелательный диагноз. Помимо этого, современный пациент психиатрического профиля склонен до обращения к врачу проводить самодиагностику с использованием онлайн тестирования, и его жалобы на очном приеме у специалиста могут базироваться не на истинных переживаниях и ощущениях, а на «**диагностическом самоговоре**» –

симптомах, которые отражают выставленный им самому себе предварительный диагноз [2].

Представленный ниже клинический случай 22-летней Арины¹, просившей обращаться к ней по имени Миша, но в женском роде, вызвал серьезные диагностические затруднения по причине того, что до обращения к психиатрам она самостоятельно прошла батарею психодиагностических тестов и обнаружила у себя **конкретную** психическую патологию, вступала в дискуссии с врачами о ходе диагностического поиска.

Арина (Миша), 22 года. Мотивом обращения к психиатрам назвала тяжелое эмоциональное состояние, тревожные мысли, неустойчивое настроение со

¹Имя изменено.

склонностью к «перепадам», отвлекаемость и забывчивость, трудности с самопринятием, категоричность в восприятии окружающего мира, трудности с пониманием речи и поведения людей, дискомфорт в общении. Считала, что больна на протяжении всей жизни, и многие симптомы «родом из детства». Тема, связанная с просьбой обратиться к ней по вымышленному мужскому имени, в качестве проблемы Ариной не заявлялась. Она не видела и не видит ничего необычного в том, что хочет, чтобы ее называли Миша. Собирается в будущем изменить в паспорте имя, а затем и фамилию по причине того, что имя Арина «холодное, скользкое по звучанию», а сочетание звуков в имени «Миша» приятное, мягкое, успокаивающее. Менять паспортный и реальный пол не стремится, гендерной дисфории не испытывает. Кроме того, не считает, что Миша – это исключительно мужское имя («считаю это имя универсальным для обоих полов»). Основным мотивом обращения к психиатрам назвала стремление получить точный психиатрический диагноз, так как с ранее выставившимися ей диагнозами не соглашалась. Считала и считает, что страдает расстройством аутистического спектра (РАС) и синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Анамнез жизни. Родилась в 2002 г. от первой желанной беременности, протекавшей благополучно. Роды физиологические на сроке 40 нед. Масса тела при рождении 4600 г, рост 59 см. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Была выписана из родильного дома на пятые сутки. Мать отмечает, что первые годы развивалась «как по книге»: голову начала держать в 3 мес, первые слова в 8 мес, сидеть в 6 мес, первые шаги к году. Прививки были сделаны позже календарного срока, перед поступлением в детский сад, так как отец выступал против. Фразовая речь с полутора лет с некоторыми особенностями, в частности до 4 лет говорила на «своем языке», который понимала только ее семья. После интенсивной работы с логопедом, речь постепенно стала понятнее.

Со слов матери, у девочки была особая связь с отцом – всегда помнила о нем, скучала, когда он уезжал в командировки. Когда девочке было около двух лет, на ее глазах убили отца, подробности происходящего не помнит, с матерью данную тему обсуждает редко. До 5 лет у нее наблюдалось апноэ, могла задохнуться во сне, возникали проблемы со сном, поздно засыпала и очень рано просыпалась, спала не более 5 ч в сутки, была гиперактивным ребенком, дома называли «реактивной ракетой».

Развивалась нормально, носила женскую одежду, выглядела как девочка. Помнит себя с 3–4-летнего возраста, когда любила пересматривать одни и те же мультфильмы на кассете, листать энциклопедии. Особенно интересовалась историей древнего Китая, египетскими мумиями. *С раннего детского возраста жила в «своем мире, в пузыре».* В детский сад пошла в возрасте 5 лет. Уже тогда отмечались проблемы со сном – никогда не спала в «тихий час», со слов воспитателей, «читала в

это время другим детям сказки». Была не очень коммуникабельным ребенком. Был единственный друг мальчик, с которыми держались обособленно от других ребят, молча играли с машинками, динозавриками. Отмечает, что *с детства нравились стереотипные занятия:* собирала один и тот же конструктор, пазл, рисовала однотипные рисунки, чаще срисовывала, копировала другие картинки. Испытывала трудности с обучением чтению, но к 5 годам уже умела читать.

Тесного контакта с матерью не было, совместное времяпрепровождение ограничивалось походами в магазин. Чаще общалась со старшей двоюродной сестрой, проводила выходные с ее семьей или у бабушки с дедушкой. Но, со слов матери, в детстве была ласковым, нежным ребенком, с мамой и младшим братом была «тактильной», зрительный контакт поддерживала, избегала его только с посторонними людьми. *Была избирательна в еде – всегда ела только определенные сочетания продуктов, поэтому ей готовили пищу отдельно.* Когда девочке было около 10 лет, мать повторно вышла замуж, от брака родился мальчик (младший брат). С отчимом отношения первое время были хорошие, затем ухудшились.

Арина хорошо сдала вступительные экзамены в начальную школу, по результатам которых была зачислена в сильный класс с углубленным изучением иностранных языков и математики, но мать предпочла отдать девочку в обычный класс. В начальной школе успеваемость была хорошей. Параллельно посещала музыкальную школу, играла на фортепиано и на домре, пела в хоре. Девочку характеризовали как веселую и дружелюбную. Любила предмет «окружающий мир», предпочитала выполнять монотонную работу на уроках труда в одиночестве, однако могла быть энергичной, заводилой, постоянно что-то придумывала. Отмечает, что такое поведение было связано с фантазированием: «Нравилось выдумывать истории, персонажей и отыгрывать это в реальности». Любила сочинять рассказы, писала красочные сочинения, подмечала мелочи вокруг себя («наблюдала за членами семьи и все записывала в дневник»). Иногда плохо концентрировала внимание, могла на уроках долго смотреть в окно, игнорируя происходящее и пребывая в своих фантазиях, при этом речь окружающих не воспринимала.

Были трудности с произношением определенных звуков, что стало причиной насмешек со стороны одноклассников. Буллинг исходил со стороны парней, которые могли поднять на нее руку. Среди девочек была распространена «культура отмены» – «могли резко прекратить общение, если им что-то во мне не нравилось, и начинали демонстративно общаться с другими». Конфликты также возникали на почве *прямолинейности Арины, желаний во что бы то ни стало донести до собеседника свою «субъективную правду».* Сейчас не склонна к спорам, принимает отличающиеся от ее собственной позиции других.

В средних и старших классах школы нравилась биология, история Древней Греции. Читала много класси-

ческой литературы, писала рассказы. После 7 класса перешла в другую школу, так как «в предыдущей одноклассники не были сосредоточены на учебе, что мешало концентрации». В 8 классе было тяжело адаптироваться к новой обстановке, также на фоне подавленного эмоционального состояния снизилась успеваемость. Углубилась в изучение психологии, читала статьи, смотрела психологические триллеры. Погрузилась в изучение историй серийных убийц, профайлинг («было интересно, что ими движет, что оказало влияние»). Отмечает, что окружающие часто подмечают ее способность «лезть в душу», анализировать людей. Поддерживала близкое общение только с одним другом. Выбрала гуманитарное направление, в 11 классе сдала ЕГЭ по обществознанию и истории, но в университет не поступила, «взяла паузу». Сразу устроилась на работу. Часто меняла места работы – работала сервисным сотрудником, в ресторане быстрого питания, затем продавцом-консультантом в магазине спортивной одежды, после этого имела непостоянные подработки маркетологом, мерчендайзером, администратором в магазине винтажных вещей, в контактном центре авиакомпании. Недавно устроилась в студию реставрации обуви («мне нравится этот постепенный, монотонный процесс и возможность работы в перчатках, возможность мало контактировать с людьми. У управляющего тоже СДВГ, поэтому мы ладим»). Тот факт, что часто меняла места работы связывает с «выгоранием», когда ее «социальная батарейка садилась до нуля, напрягала невозможность взять паузу, когда это необходимо».

Строит планы на будущее, копит деньги на переезд из родительского дома, планирует жить отдельно от матери и родственников «в небольшом тихом зеленом городе в квартире с минимальным количеством деталей». Рассматривает жизнь в одиночестве или раздельное проживание с партнером («гостевой брак»). Отрицает наличие «материнского инстинкта», беременность и процесс родов кажутся ей неестественными, вызывают страх и отвращение «женщины в этот период становятся жуткими». При этом рассматривает вариант взять ребенка из детского дома или установить опеку над младшим братом. Выказывает желание связать свою жизнь с психологией, хотела бы заниматься научной деятельностью. Но в университет поступать не планирует, так как тяжело реагирует на строгие обязательства, формальности и ограничения.

Мать Арины работает во фрилансе. Обнаруживает у себя схожесть с матерью в восприятии мира, в чрезмерной эмоциональности, когда чужие проблемы воспринимаются как свои, и в склонности «быстро выгорать» – «кажется, у матери нет собственной опоры, как и у меня, ориентируется больше на внешние события, полагается на других людей. Тяжело переживает неудачи». Отношения описывает как нестабильные, связывает это с агрессивностью (в том числе физической) со стороны матери, ее неспособностью к рефлексии. Придерживается консервативных взглядов, религиозна. Мать ограничивала Арину в контактах с моло-

дыми людьми, в выборе деятельности, одежды. Злоупотребляет алкоголем, могла пропадать на сутки из дома, оставляя дочь с бабушкой и дедушкой. Тактильные контакты были ограничены с детства («последний раз, когда она меня обняла, меня чуть не стошнило», «если бы мать умерла, я бы почувствовала большое облегчение»).

Отец погиб, когда Арине (Мише) было 2 года. Со слов матери, он был директором предприятия, сдержанным, спокойным, тихим человеком. Предпочитал проводить время в одиночестве, мог остаться ночевать на работе, всегда принимал пищу в одиночестве. Арина активно участвовала в воспитании младшего брата (12 лет), в ранние годы периодически испытывала обиду или безразличие, потому что родители позволяли ему больше. Сейчас отношения хорошие, «у него тоже есть симптомы СДВГ – часто отвлекается, ходит по дому кругами, неусидчив, забывает поручения». Описывает тесный контакт с бабушкой и дедушкой с маминой стороны. С ее слов, бабушка похожа на мать, такая же импульсивная, эмоциональная, проявляет жертвенность. Дедушка похож по характеру на отца, был достаточно обособленным, его раздражали посторонние звуки, мог нарочно разбирать собранный Ариной детский конструктор, игнорировал ее во время совместных прогулок.

В настоящее время Арину (Мишу) увлекает самопознание, склонна анализировать поведение людей, персонажей книг, фильмов. Читает психологическую литературу. Отмечает, что имеет некие «гиперфиксации, которые помогают отвлечься, держаться на плаву». К ним относит чтение психологической и нейробиологической литературы, в том числе в области криминальной психологии, профайлинга, чтение современной азиатской прозы, просмотр аниме в психологическом жанре. Делает акцент на том, что при данных занятиях «ищет отражение поведения, состояния героев в себе, вживается в их роли, пропускает через себя». При этом может испытывать крайнюю подавленность, в пример приводит романы Сэлинджера «Над пропастью во ржи» и Бронте «Грозовой перевал». Также любит смотреть рутинные, монотонные ролики на Ютубе: как человек возвращается с работы и выполняет бытовые дела по дому, как смешивают краски, вырезают японские маски «Но», вызывает восторг реставрация и чистка обуви. Близких друзей не имеет, *в круг ее общения чаще входят люди с «нейроотличиями»* (имеющие «черты РАС, СДВГ»), с ними чувствует себя комфортно. Поддерживает дружеские отношения с двумя парнями «они спокойные, милые, флегматичные, от них не веет угрозой».

Избирательна в еде, предпочитает один и тот же набор продуктов на все приемы пищи, в кафе всегда заказывает одни и те же блюда, не любит экспериментировать. Алкоголь употребляла эпизодически в период с 16 до 19 лет, обычно несколько коктейлей с подругами в заведении. Отмечает, что сейчас восприимчивость к алкоголю повысилась, при употреблении небольших доз чувствует себя плохо, поэтому употребление прекратила. Раньше курила сигареты – «это было ритуа-

лом, помогало справиться с дофаминовой нехваткой», около года не курит. Однократно пробовала марихуану («несколько раз затянулась, на этом опыт закончился»). Черепно-мозговые травмы отрицает, хронических соматических заболеваний нет, инфекционный анамнез не отягощен.

*Анамнез заболевания. С детства слышала от окружающих о своей «странности», а мама называла ее «инопланетянкой». Со слов матери, в детском саду практически не играла с другими детьми в ролевые, коллективные игры, предпочитала быть предоставленной самой себе, собирала камни в отдельную сумочку и носила всегда с собой, очень трепетно к ним относилась, не давала никому их трогать. Рассталась с этим мешочком по странной причине, после того как в ответ «дала ими по голове однокласснику». Любила рассматривать листву на деревьях, собирать и изучать насекомых. По дороге домой из детского сада могла обнять дерево и простоять так около получаса. Вспоминает, что в более старшем возрасте могла часами сидеть в песочнице и водить по песку руками, пропуская его между пальцами. Любила раскачиваться на качелях до тошноты, ходить на носочках по комнате. *Никогда не была частью большого коллектива, взаимодействовала выборочно с одним-двумя сверстниками.**

Мать стала отмечать особые изменения поведения девочки в 8 классе, когда Арина стала раздражительной, появилась привычка часто мыть руки. В своей комнате при этом тотального порядка не поддерживала, вещи могли быть разбросанными. Не придавала этому значения, так как считала это проявлением особенностей, характерных для отца (был всегда очень педантичным), и бабушки по линии отца (соблюдала ритуалы чистоты, никогда не принимала пищу в гостях, даже у своих родителей, старалась не касаться окружающих предметов, после прихода гостей, обрабатывала квартиру хлоркой).

Пять лет назад, после ухода из семьи отчима, Арина стала еще более «брезгливой», начала дома носить перчатки. Становилась «все менее тактильной», со слов матери, «уже 3 года не обнимала ее». Мать объясняет это презрением к ней, «за то, что терпела измены отчима», и брезгливостью к ней и особенно к нему, «предавшему мать». Сама Арина описывает эти события следующим образом: *«Я проводила с ними много свободного времени, но потом у меня начались отклонения – не могла касаться предметов, которых они касались».* Данные проявления появились примерно в 11 лет, когда стала открывать двери и включать свет ногами, часто мыть руки. Около 5 лет назад начала пользоваться плотными многоразовыми резиновыми перчатками, что продолжается до сих пор. Без них находилась только в своей комнате, к примеру, мылась в душе и готовила на кухне в перчатках. Также не пускала в свою комнату кошку, которая взаимодействовала с предметами в квартире. «Мне невыносима мысль, что я могу коснуться предмета, которого касались они». Парадоксально связывает это не с негативным отношением к

матери, а брезгливостью, которая появилась после смерти бабушки от рака легких, предыдущей его алкоголизацией, тяжелым состоянием, многократными госпитализациями. Подчеркивает ощущение небезопасности дома («это мой способ надеть на себя защитную оболочку»). При попытках подробного расспроса о тех событиях начинает плакать, сообщает об эмоциональной тяжести данной темы.

Отмечает также, что с рождением ребенка мать и отчим начали часто конфликтовать, мать уличала его в изменах, это усугубляло брезгливость и неприязнь девочки к домашней обстановке. На данный момент называет сформировавшееся поведение ритуалом: «Перед сном я обязательно иду в душ, мою в определенной последовательности лицо, голову, тело, ноги. Если этот ритуал не будет соблюден, не могу лечь в постель и уснуть. Совершаю это в течение последних 10 лет – смываю с себя грязь внешнего мира. Это не просто гигиена, если я не почищу зубы утром это не так страшно, как лечь в постель не полностью чистой». Рассказывает, что дома стоит пятилитровая канистра с антисептиком. Обрабатывает участок кожи, которым коснулась любой поверхности за пределами своей комнаты. При этом за пределами квартиры (в общественном транспорте, магазинах, больницах) перчатки не использует, достаточным является периодическая обработка антисептиком. Объясняет это тем, что страх и неприязнь присутствуют только в месте, где произошло много трагичных событий, умер дед, проживал отчим и на данный момент находится мать. Отмечает свое сходство с бабушкой со стороны отца, которая чувствовала постоянную необходимость в обеззараживании пространства, ощущала скованность в присутствии гостей, перемывала квартиру после них. В период пандемии COVID-19 страха заражения и повышения внимания к мерам личной защиты не отмечалось, в существование вируса длительное время не верила и чувствовала себя спокойно.

Упоминает, что про секс узнала довольно рано, начала мастурбировать примерно в 4–5 лет. Вспоминает, что испытывала возбуждение и влечение к женскому телу, мужское тело казалось неестественным и не привлекало. В период обучения в средней школе испытывала «внутреннюю мизогинию», могла использовать по отношению к себе слова в мужском роде. При этом испытывала симпатию только к парням. По мере взросления начала чувствовать интерес к девушкам, при этом иногда воспринимала себя «небинарной персоной – ни женщиной, не мужчиной», чаще в периоды подавленного состояния, когда было «тяжело чувствовать свое тело, черты женственности, маскулинности». Периодически хочется ощущать себя бесполой личностью, выбор имени связан, в том числе, с его универсальностью. Сейчас не собирается менять пол, так как это стресс для организма, но признается, что завидует мужчинам: «Я бы с их обязанностями лучше справилась». В мужской роли привлекает целеустремленность, агрессивность, нацеленность. В женской отталкивает пассивность, незащищенность, уязвимость.

Рассказывает, что в возрасте 5–6 лет была жертвой сексуального насилия со стороны дальнего родственника (двоюродного или троюродного дедушки) в виде кунilingуса. Это было неприятно, но не вызвало стрессовой эмоциональной реакции. В момент совершения данного сексуального акта «взяла в руки плюшевую кошку, дистанцировалась, дереализовалась и ждала, когда все закончится». В десятилетнем возрасте родной дядя «интимно поглаживал [ее] по спине». Отмечает, что данные воспоминания сейчас отражаются на физической близости, мысли о сексуальном контакте вызывают неприязнь, брезгливость. Во время первого опыта в 17 лет случилась «паническая атака». Последующие попытки вступить в сексуальную связь (всего около 5) не доставляли удовлетворения либо прерывались из-за ощущения себя «мерзкой».

В отношениях с молодым человеком была однократно в течение трех месяцев, также был половой партнер вне отношений. Отмечает, что влюбленность к парням была как будто «навязана обществом как что-то общепринятое». С девушками сексуальных контактов и отношений не было, только симпатия и неразделенная влюбленность к девушке с гомосексуальной ориентацией. Тяжело переживала разрывы. При этом отмечает, что часто идеализировала объекты влечения («передо мной был фасад, я его обвешивала в голове элементами декора»). Сейчас нравятся только феминные, утонченные, субтильные мужчины. При этом в себе отмечает маскулинные качества, часто проявляет заботу по отношению к девушкам.

Испытывает трудности с восприятием собственного тела, считает его дефектным, так как оно не выглядит «конвенционально привлекательным». Есть идеальный образ подкаченного тела, в подростковые годы были периоды изнурительных тренировок, много занималась футболом: «Думала, что, если мне часто будет попадать мяч в бедра, они станут больше». В 6–7 классе достигла максимальной массы тела 65 кг при росте 170 см, начала голодать, при переедании вызывала рвоту, посещала тренировки ежедневно утром и вечером. Одержимо осматривала свое тело в зеркале. Снижала массу тела до 55 кг. Сейчас не взвешивается, называет вес относительно нормальным («сейчас мое тело не является комфортным, его восприятие сильно ухудшается в депрессивные периоды. Но смысла в изнурении себя больше не вижу, оставила только растяжку»).

Описывает себя как человека нестандартного, отличающегося от других. В частности, считает, что у нее несвойственный многим стиль размышления, «странности, гиперболизированность реакций». Объясняет, что часто переживает чувства других, как свои, тяжело дистанцируется от переживаний окружающих, иногда, наоборот, не может подобрать способ реагирования, просит заранее предупреждать о виде ожидаемой поддержки. В такие моменты плохо понимает невербальные реакции, «люди и выражения лиц бывают нечитаемы, только если это не что-то простое: злость, гнев, грусть или радость». Вспоминает, что до недав-

него времени было тяжело поддерживать повседневные «малоинформативные беседы с людьми (смолл-токинг)», приходилось подыгрывать, и это отнимало силы. С подросткового возраста читала литературу, связанную с описанием «языка тела и жестов», заучивала фразы персонажей книг, чтобы реагировать шаблонно: «как будто собирала себя по кусочкам». Со слов, «когнитивную эмпатию» получилось неплохо развить, но в эмоциональном отклике дисбаланс: либо эмоции по отношению к другим людям так переполняют, что потом вызывают глубокое утомление, либо изначально совсем ничего не чувствуется. Предпочитает общение с более взрослыми людьми, с которыми можно обсудить историю, литературу, политику («я внутренним локатором вычленила из общей серой массы людей-единомышленников»).

На протяжении взросления периодами посещали мысли о суициде. Впервые они возникли в возрасте 13 лет после перемены школы, сопровождалась идеями о бессмысленности существования, состоянием подавленности, удрученности. Планировала покончить с собой, но только после окончания 11 класса. Возникло стойкое намерение поехать за город, в один из населенных пунктов и сброситься в реку с возвышенности. Выбор на данный возраст и указанное время пал в связи с желанием сначала окончить школу, хотя хотелось и отсрочить дату смерти. К основным мотивам относилась тяжелую, нестабильную обстановку в семье, трудности с самоидентификацией, проблемы с учебой – постоянно чувствовала усталость, не могла сфокусироваться на предметах, которые были неинтересны, конфликты и конфронтации с преподавателями, одноклассниками. Рассматривала суицид как «вызов миру – ты так ужасен и отвратителен, что это я выбираю не жить в тебе».

В 13–16 лет наносила себе самоповреждения – порезы на запястьях, билась головой о стену вплоть до носового кровотечения, била кулаками о какие-либо предметы, ковыряла кожу до крови («душевную боль переводила в физическую, испытывала облегчение»). Отмечает, что это поведение было связано с субъективно стрессовыми ситуациями, когда накапливалось невыносимое напряжение и хотелось его быстро снять. Соотносит это с суицидальными намерениями – «когда я резалась, мысли о суициде утихали. Возможно, это было способом отдалить суицид». Самоповреждения прекратились в 17 лет, с тех пор стал пугать вид крови.

Отмечает, что стойкое снижение настроения беспокоило с марта 2021 г. по октябрь 2022 г. Тогда состояние было постоянно подавленным, настроение сниженным, ничего не радовало, аппетит был нестабильным – переедание сочеталось с отказами от пищи, нарушился сон. На пике данного состояния испытывала выраженное отчаяние, в конце лета 2021 г. решила покончить с собой, продумывала и планировала план смешать все таблетки из аптечки и выпить, была уверена в своих намерениях. Начала «чистить» социальные сети, удалять сообщения. Суицидальную попытку совершить не успела из-за раннего прихода домой бабушки с младшим

братом. Разозлилась на данные обстоятельства, на себя и окружающих, но решила отступить от идеи покончить жизнь самоубийством «не могла представить, что было бы с ними, если бы пришли немного позже».

Со средней школы стала отмечать повышенную реакцию на внешние раздражители, называет это особенностью своей нервной системы: громкие звуки машин, мотоциклов, метро, разговоров, ткани, соприкасающиеся с телом, яркий свет. Это усугубилось после перехода в новую школу, куда приходилось добираться на автобусе – «раздражало физическое тесное взаимодействие с чужими людьми, казалось, что мозг сейчас лопнет от переизбытка раздражителей. Иногда хочется снять с себя кожу, стать глухой, слепой». По этой причине избирательна в одежде, отдает предпочтение одним и тем же вещам, максимально комфортным на ощупь, не носит яркое и броское.

К психологу гештальт-направления обратилась в июле 2022 г., когда переживала безответную тяжелую влюбленность в девушку, параллельно проходила 12-шаговую программу для «детей-алкоголиков». Находила важным переживать там эмоции, которые не могла транслировать дома. Летом 2023 г., совмещая два места работы, почувствовала сильное переутомление. Начала совершать много ошибок на работе, и в связи с возникшими трудностями концентрации ушла с обеих работ. Устроилась продавцом в розничный магазин спортивной одежды с целью проработать несколько месяцев, накопить деньги и начать развиваться в сфере рекламного бизнеса. Уволилась в связи с агрессивностью коллег мужского пола, в частности из-за того, что просила называть себя именем Миша, отсутствием дисциплины, трудностью во взаимодействии с покупателями из-за непонимания их мимики и невербальных сигналов.

Тогда впервые узнала о РАС, наткнувшись на статью про **маскинг**, – когда «нейроотличные» люди пытаются соответствовать поведению «нейротипичных». Обнаружила множество сходств со своим состоянием, стала погружаться в данную тему, изучала научные статьи. Первый раз обратилась к психиатру в октябре 2023 г. Состояние на тот момент было следующим: «Шла по улице после работы и думала, что, если меня зарежет серийный маньяк, последним моим словом будет спасибо». Ощущала постоянную усталость, погружалась в «вымышленную реальность» – постоянно читала, смотрела что-то знакомое по много раз, не могла воспринимать новую информацию и контент. Обратилась к психиатру с жалобами на эмоциональное выгорание («не могу функционировать должным образом, меня хватает только на то, чтобы заниматься эскапизмом, спать и есть, падает самооценка, повышается самокритика и категоричность»), низкую толерантность к раздражителям (знакомая одежда, постельное белье начинали приносить коже дискомфорт), панику в присутствии большого количества людей, депрессивные эпизоды». Поясняет, что это было похоже по симптоматике на **«аутичное выгорание»** или выгорание при

СДВГ, когда начинаешь брать много задач и не справляться, испытывать что-то вроде внутреннего паралича, затем бросаешь деятельность». На приеме у психиатра предварительно был выставлен диагноз биполярного аффективного расстройства (БАР): «Была не до конца согласна с данным диагнозом, потому что он отвечал не на все вопросы о моем состоянии». В ноябре-декабре 2023 г., несмотря на проводимое лечение и коррекцию дозировок (флуоксетин, ламотриджин, кветиапин), состояние ухудшилось, усилилась усталость, прибавилась тревога, раздражительность, эмоциональная лабильность, начались «панические атаки», снились кошмары. Тогда же испытала проявления дереализации, деперсонализации, описывает это как «безумие – мир вокруг как-то изменился, стал не таким, как прежде. При этом в голове крутилась пластинка со словом «смерть», ощущала внутренний вопль, хотя внешне сохраняла спокойствие. Тогда казалось, что это не я, что мысли не мои». В связи с этим перестала принимать назначенные лекарства и записалась на прием к другому психиатру. Начала принимать сертралин и кветиапин на ночь.

Помимо периодов депрессии, описывает эпизоды хорошего настроения, ближе к повышенному. Подобный был в мае-июне 2023 г., тогда не работала, много отдыхала, проводила время, как нравится. Чувствовала «внутреннюю наполненность», получение удовлетворения от своего тела, «улавливала сигналы организма», осуществляла разные виды деятельности. Начала участвовать в разных проектах, ходить на стажировки, соглашалась на множество встреч. Не переутомлялась от нагрузки, общения. Была замотивирована просыпаться, испытывала приятные ожидания от нового дня. При этом предполагает, что функционировала как здоровый человек. Также вспоминает период изменения состояния с депрессивного через несколько дней после начала приема флуоксетина, настроение стало приподнятым, «избыточно хорошим», повысился аппетит. Отмечает, что в это время снизилась агорафобия, прекратились «панические атаки», но нет удовлетворенности своим состоянием «мне не грустно, но и не радостно, как будто внутри что-то замерло, существую на автоматическом режиме».

Тема смены имени с Арины на Мишу первично возникла у нее в подростковом возрасте в период крайне тяжелых отношений с матерью. Идея не стала доминирующей и вспомнила о ней через несколько лет. Сначала просила, чтобы мужским именем (но в женском роде) ее называли коллеги по работе, затем мать. Коллеги относились к этому по-разному – одни с легкостью выполняли просьбу, другие посмеивались и даже выражали неприятие. Отчасти увольнения с каждой из работ были связаны с возникновением натянутых отношений, недопонимания в связи с «необычной просьбой» и странным поведением Арины. Мать Арины категорически отказалась выполнять ее требование и продолжает называть ее женским именем, данным при рождении.

Психический статус. Легко согласилась поучаствовать в клиническом разборе ее случая перед аудиторией психиатров, психологов и студентов, которых собралось более сотни. Основной целью (выгодой) посчитала возможность установления точного диагноза психического расстройства. После самостоятельного онлайн психологического тестирования на предмет наличия у нее признаков СДВГ, РАС, шизофрении и пр. пришла к выводу о том, что психически не здорова, относится к «нейроотличным» людям и нуждается в адекватной коррекции ее состояния. Выставлявшиеся ей ранее диагнозы, в частности биполярного аффективного расстройства (БАР), считала ошибочными, поскольку их описание не совпадало с самооценкой ее состояния и диагностически значимыми клиническими признаками. Тему смены женского имени на мужское не считала и не считает относящейся к психопатологии, поскольку не причисляет себя к трансгендерным людям, не испытывает гендерной дисфории. При обсуждении данной темы склонна рассуждать о том, что Миша – это и мужское, и женское имя («в разных языках существует, например, Михаэлина в кратком обозначении – Миша»). Утверждает, что непременно через какое-то время сменит в паспорте и имя, и фамилию, но менять пол не имеет намерения, поскольку вполне естественно воспринимает себя в женском теле. Склонна к теоретизированию на тему мужских и женских черт, особенностей поведения, считает, что с легкостью может продемонстрировать оба этих стиля поведения.

Внешне опрятна, одета в мешковатую унисекс-одежду. Движения угловатые, не вполне координированные. Общается без волнения и стеснения, несмотря на большую аудиторию специалистов на клиническом разборе. Причем открыто, легко, без смущения обсуждает тему сексуального насилия, с которым она, с ее слов, столкнулась в детском возрасте. Сообщила, что неоднократно писала об этом негативном опыте на своих страничках в социальных сетях, а также «дала журналистам два интервью – печатное и видео – на эти темы». Озвучивала тему домашнего насилия, отношений с матерью. Вела себя на интервью уверенно, не смущаясь камеры, в некотором смысле нравоучительно с целью показать эту проблему сквозь личную историю. Одна из публикаций называлась «Она вонзила мне карандаш в ногу»: жертва домашнего насилия об издевательствах матери». На вопрос о мотивах обнародования столь интимных и деликатных тем для широкой аудитории сообщает, что это ей было важно для того, чтобы понять журналистскую профессию изнутри, поскольку она предполагает заниматься журналистикой в будущем. Не видит противоречия в том, что основы журналистской профессии следует осваивать не в роли интервьюируемого, а в роли интервьюера. Все изложенные в интервью «факты» мама категорически отрицает, как и информацию о якобы имевшем место сексуальном насилии. Поведение Миши на интервью носит оттенок демонстративности, с эмоциональным сопровождением, довольно живой мимикой, но с некоторым эпатажем,

самообнажением и некоторой отстраненностью от темы. Говорит как по заученному – тексты письменного и видео-интервью совпадают.

В процессе беседы на клиническом разборе легко переходит с одной темы к другой, на часть вопросов отвечает быстро, не задумываясь, автоматически, на другие реагирует эмоционально и отвечает обстоятельно. Зрительный контакт поддерживает неустойчиво, большую часть времени беседы смотрит в одну точку или оглядывается на предметы окружающей обстановки, спонтанно дает данному поведению комментарий: «Я могу поддерживать визуальный контакт по необходимости, но людям становится некомфортно, так как могу длительное время совершенно не отрывать взгляд или изучать физические особенности собеседника, пытаться их интерпретировать. На речи концентрируюсь только, если отвожу взгляд». При выборе ответа на любой вопрос старается подобрать корректный и наиболее точный ответ, используя в речи сложные обороты с использованием научных психологических и философских терминов. Нередко для описания своего состояния применяет штампованные речевые конструкции. Речь Миши в процессе беседы выглядит, как ответ на экзамене или научном диспуте: фразы произносятся громким голосом с минимумом эмоционального сопровождения и практически без модуляций. Иногда уточняет суть вопроса. Некоторые слова и словосочетания вызывают у нее бурную эмоциональную реакцию. Так, была крайне раздражена, когда профессор, увидев ее замешательство при выборе ответа на вопрос, учтиво рекомендовал ей не волноваться. В этот момент у Миши резко сжались жевательные мышцы, она стала раздражительной, сломала шариковую ручку, которую до этого держала в руках, попросила несколько минут для успокоения. В дальнейшем объяснила, что некоторые выражения вызывают у нее неприятие и раздражение. В частности, слова «не волнуйся, не переживай», «возьми себя в руки» не воспринимает как проявление сочувствия и сопереживания, а понимает как «запрет на проявление эмоций».

Внимание во время беседы привлекалось и удерживалось достаточно. Двигательно была усидчива, но стереотипно перебирала пальцами, как будто растирая что-то между ними, разминала пальцы, крутила в руках ручку, то поднимала, то опускала рукава свитера, периодически обнимала себя руками и длительно находилась в такой позе. Охотно вступала в беседу, была инициативна, подробно и обстоятельно раскрывала свои переживания, иногда беседовала практически в режиме монолога. Фон настроения ровный, однократно среагировала слезами на субъективно значимые переживания. Мимика однообразная, но лицо не характеризовалось маскообразностью. Интеллект высокий, мышление понятийно-абстрактное, с элементами обстоятельности без ассоциативных нарушений.

Описывает себя как человека, склонного к стабильности в выборе еды, одежды, кругу общения, интересов («у меня всегда во всем был порядок – наношу макияж

в строгой последовательности, во время уборки мою поверхность определенное количество раз»). На вопрос о навязчивостях, пояснила, что у нее не наблюдается страха заражения чем-либо и что «ритуалы по мытью рук, обеззараживанию поверхностей и предметов» она выполняет только дома. При этом не боится заразиться в процессе еды, которую готовит мать, поскольку в момент приготовления «еда проходит термическую обработку». Утверждает, что не испытывала и не испытывает навязчивых мыслей, фиксирования на каких-то идеях. Согласилась с мнением одного из специалистов о том, что возможно ее ритуалы, проявляющиеся исключительно в домашних условиях, связаны с психологической травмой и трагическими событиями, происшедшими в прошлом в квартире (смерть отца, сексуальное насилие и пр.).

Склонна к самоанализу, регулярно проходит множество психологических тестов («делаю это в разном эмоциональном состоянии, результат всегда один и тот же, мне очень нравится эта закономерность, что все остается неизменным, повторяется»). Подозревала у себя наличие различных психических расстройств на основании результатов тестов. О пограничном расстройстве личности (ПРЛ) думала по причине того, что «бывает чувство пустоты внутри, бессмысленности всего, эпизоды самоповреждений». С целью причинения себе дополнительных страданий в эти периоды слушала грустную музыку, смотрела тяжелые фильмы. Однако сочла несовпадением всех критериев ПРЛ с имевшимися у нее признаками. Подозревала у себя наличие признаков шизофрении, в виде таких характеристик, как «мнительность, закрытость, уход в себя», но после прохождения теста отвергла эту версию. С ее точки зрения, особенности ее поведения и реакций больше всего подходят под три диагноза, которые невозможно разделить. Это РАС, СДВГ и БАР. Схожесть с СДВГ видит в «хождении взад-вперед по квартире, часто сочетая это с другим видом деятельности («отсутствие концентрации у меня сменяется гиперконцентрацией, фиксацией на какой-либо деятельности»), в склонности легко менять свои интересы. Сходство с РАС видит в своей некоммуникабельности, дискомфорте при визуальном контакте с собеседниками, трудностями понимания того, что имеют ввиду собеседники, когда произносят некоторые слова и фразы, стремлении общаться с «нейроотличными» людьми и избегать контактов с обычными людьми. К теме нейроотличности возвращается неоднократно, акцентируя внимание на том, что она **«сама нейроотличная, и это требует подтверждения со стороны специалистов»**. Сообщает о том, что ей тяжело постоянно выглядеть «нормальной», приходится подбирать поведение, подстраиваться, заниматься «маскингом» («сложно с людьми, которые не могут понять сверхчувствительного человека и не задаются теми же вопросами, что и «нейроотличные»). Пройдя онлайн-тест, убедилась в своих догадках о наличии у нее РАС. Обманов восприятия не обнаруживается, мышление последовательное, логичное

со склонностью к гипердетализации и некоторой обстоятельностью.

При завершении клинического разбора, когда профессор посчитал важным извиниться перед Мишей за то, что какие-то его слова могли ее обидеть или задеть (имелась ввиду бурная реакция раздражения девушки на слова «не волнуйтесь»), она дважды сказала: «хорошо, что вы мне об этом сказали».

Экспериментально-психологическое обследование. В беседе и экспериментальном обследовании контакту доступна, эмоционально сдержана, однообразна, несколько напряжена, зрительный контакт, в основном, не поддерживает, взгляд чаще направлен в сторону или вниз, отмечается некоторая напряженность во взгляде, говорит невнятно (в детстве занималась с логопедом), на вопросы отвечает по существу, очень подробно в ответах, в рассказе о себе и своих переживаниях.

При вопросе о жалобах сообщает о проблемах со сном («тяжело заснуть от обилия мыслей в голове»), об отсутствии аппетита – «еда не вызывает удовольствия», об избирательности в еде, «нежелании пробовать новое, из-за страха, что не понравится», о «безразличии к окружающему миру, усталости от работы и людей и необходимости совершать действия», об эпизодах суицидальных мыслей (раз в полгода). При затрагивании темы отношений с близкими сообщает, что «не любит» маму, «не чувствует ее матерью», испытывает к ней «чувство обиды, досады, злости», «она не воспринимает меня как человека, она била, словесно оскорбляла и выгоняла из дома» в подростковом возрасте, к бабушке и дедушке, с которыми жила до подросткового возраста, испытывает «теплые чувства и радуется, когда бабушка приезжает в гости».

Сообщает о «трудностях учебы в большом коллективе – сложен темп, отвлекают звуки», о трудностях в отношениях со сверстниками, «я – не социальный человек, скучно, неинтересны темы, на которые говорят другие, тяжело быть с людьми, с которыми в недружественных отношениях», хотя сообщает, что «может выстраивать доверительные отношения», сообщает об «усталости от общения и предпочтении ограниченного круга, об усталости от обилия информации на улице». Объясняет, что «я сенсорно и текстурно чувствительна». Частые смены работы объясняет «выгоранием» и тем, что «не подходит работа». Сообщает, что хочет поменять свое имя Арина на другое – Миша. При общении отмечаются тревожность и напряженность, реализуемые в двигательных, несколько навязчивых действиях – в постоянной систематизированной штриховке уже сделанных рисунков или в движениях пальцев по столу.

Инструкции к заданиям понимает, работает в достаточном темпе, на фоне увеличения времени обследования просит перенести обследование, сообщает об усталости, так как с утра не ела. По таблицам Шульце (49"–38"–41"–40") внимание в норме, с проявлением несколько замедленной вработываемости. Непосредственное запоминание в норме с включением лишнего

слова (6 – 7 – 8 – 9 – 10 слов из 10), отсроченное – достаточное, опосредованное запоминание на достаточном уровне. Мышление с проявлением склонности к систематизации, избирательности, некоторого своеобразия в объяснении решений в заданиях вербальной сферы, неравномерности уровня обобщения, актуализации категориальных, конкретных, малосущественных, иногда разных категориальных оснований и эпизодов объединения далеких понятий в тесте «Сравнение понятий» (например, сходство маленькой девочки и большой куклы – «женский пол», сходство реки и птицы – «они движутся»), избирательности, нередко опоры на малосущественные, субъективно-значимые и разные когнитивные основания, единичные слабые признаки, иногда ответы в негативном ключе в операциях на исключение лишнего (например, исключает книгу – «много листов, в объеме больше», объединяя ноты, картину и чертеж – «плоские предметы», исключает этажерку – «мебель, прямоугольная», объединяя дерево, метлу, вилку – «не мебель, вертикальные, продолговатые, не такие массивные», исключает лампочку – «хрупкая», объединяя клещи, лопату и карандаш – «используется в ремонте»). Субъективные предвнесения вместо отсутствующих фрагментов в субтесте «Недостающие фрагменты», замедленная вработываемость с появлением эгоцентричности восприятия и выбора привычных признаков вместо заданного соответствия в тесте «Простые аналогии», опора вначале на внешние признаки при соотнесении фраз и пословиц с последующим выходом на существо переносного смысла и достаточности понимания предложенных условных смыслов. Значительные нарушения селективной избирательности с выбором множества второстепенных, конкретных, латентных признаков в тесте «Дискриминация свойств и понятий». В Пиктограмме опосредование выполняет в достаточном темпе, создает атрибутивные, ситуативные, индивидуально-значимые образы, с проявлением хаотичности в расположении рисунков, склонности к систематизации, элементов субъективности, признаков отгороженности, напряженности и тревожности в графике.

Личность (по тесту СМИЛ и тесту Люшера) характеризуется интровертированностью, индивидуалистичностью, своеобразием в поведении, склонностью к субъективной систематизации в оценке окружающего, сосредоточенностью на индивидуально значимых переживаниях, избирательностью и обособленностью в контактах в противоречивом сочетании с желанием одобрения и признания, чувстве одиночества, обиды, раздражения, эмоциональной напряженности и тревожности, ограничении социальных отношений, предпочтении одиночества и уединенной деятельности, отсутствии интереса к другим, недостаточности социальной адаптивности. В профиле по СМИЛ отмечается «параноидная долина» (код 8613=77Т-74Т-73Т-71Т, 5=51Т). В полоролевом опроснике Сандры–Бэм показатели маскулинности – 0,4, феминности – 0,65, андрогинности – 0,581. В проективном рисуночном тесте «Человек под

дождем» выполняет рисунок безликого человека, с отсутствием нижней части тела, без идентификации по полу («без пола, я бы не наделяла его половым органом, хотя плечи мужские»), при описании проявляется желание «быть в одиночестве», способность «рефлексировать и фантазировать», сообщает о присутствии тех, «кому он неприятен и кто завидует его талантам», отмечается склонность к систематизации, подробное описание его одежды (хотя на рисунке она отсутствует), его пошаговых действий с избыточной детализацией.

Заключение: по полученным результатам имеется больше данных, подтверждающих субъективно-ригидные тенденции в мыслительной сфере, проявляющиеся в склонности к систематизации и избирательности, неравномерности уровня обобщения с актуализацией малосущественных признаков и разных когнитивных оснований, в нарушении селективной избирательности у личности с проявлением своеобразия поведения, параноидальных черт, эмоциональной напряженности, выраженной склонности к ограничению контактов.

Обсуждение. Клинический случай девушки Миши представляется диагностически сложным по причине многообразия и мозаичности предъявляемых ею жалоб и описаний изменения ее психического состояния. Одной из основных проблем при квалификации психопатологической симптоматики является активное стремление Миши получить точный, «правильный» диагноз РАС, стать частью сообщества «нейроотличных» (нейродивергентных) людей, отвергнуть ошибочные, с ее точки зрения, диагнозы, выставившиеся ей специалистами. В «борьбе за диагноз» до обращения к психиатрам Миша занималась самодиагностикой, сравнивала имевшиеся у нее симптомы с диагностическими критериями различных психических расстройств, проходила онлайн тестирование на наличие БАР, шизофрении, СДВГ, РАС и другой психопатологии. По ее мнению, аутистические черты были ей присущи с детского возраста, когда она слышала от окружающих о своей «странности», практически не играла с другими детьми. В дальнейшем она, с ее слов, оставалась некоммуникабельной, ей было трудно поддерживать с собеседником зрительный контакт. Кроме того, признавала наличие у себя «несвойственные многим размышлений, гиперболизированности реакций», плохое понимание невербальных реакций («люди и выражения лиц бывают нечитаемы, только если это не что-то простое: злость, гнев, грусть или радость»). Утверждает, что с лицами с аутистическими расстройствами ее роднит то, что она не умеет поддерживать повседневные «малоинформативные беседы с людьми, и долгие годы приходилось подыгрывать окружающим, чтобы не быть изгоем, вследствие чего заучивала фразы персонажей книг, чтобы реагировать шаблонно, и ей удалось развить «когнитивную эмпатию». Данные онлайн-теста, построенного на самоотчете, который Миша прошла самостоятельно (Шкала RAADS-R), подтвердил ее подозрения о наличии у нее РАС. Повышенными оказались все шкалы опросника: социальное взаимодействие,

ограниченные интересы, язык, сенсорика и моторика, общий балл составил 197, что существенно (в полтора раза) превышает показатель, характеризующий высокий риск РАС. В тесте Миша положительно ответила на следующие вопросы: «Я часто удивлен/удивлена, когда другие говорят, что я был груб», «Я часто не знаю, как себя вести в ситуациях, связанных с общением», «Я испытываю сложности с пониманием значения некоторых фраз вроде «ты дорога мне, как зеница ока», «Я люблю говорить только с теми людьми, которые разделяют мои особые интересы», «Иногда я оскорбляю других, говоря то, что думаю, даже если не хотел этого», «Мне говорили, что я неуклюжий/неуклюжая или неkoordinированный/неkoordinированная», «Другие считают меня странным/странной или особенным/особенной», «Для меня сложно понять, что чувствуют другие люди, когда я разговариваю с ними», «Мне очень сложно понять, когда кто-то смущен или ревнует».

Основная диагностическая сложность клинического случая с Мишей заключается в том, насколько можно доверять самооценке пациента, жалобы которого носят крайне разнообразный характер и у которого есть четкое представление о диагнозе своего заболевания. Мнения различных психиатров по поводу диагноза ее расстройства включали РАС, БАР, СДВГ, шизотипическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), ПРЛ, расстройства пищевого поведения (РПП), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), транссексуализм, поскольку в клинической картине заболевания обнаруживались отдельные признаки каждого из перечисленных. Диагностические сложности возникли и в связи с тем, что информация, полученная из социальных сетей Миши, в некоторой степени расходилась с клинической оценкой ее состояния в период психиатрического обследования. Так, данное ей крупному информационному порталу интервью на тему домашнего насилия, где Миша находилась одна в студии и говорила в камеру, продемонстрировало ее уверенность в себе, достаточную коммуникабельность, склонность к драматизации и вызвало вопросы в достоверности излагавшихся «фактов» и в возможном наличии «диагностического самоговора». Объяснение мотивов участия в интервью («хотелось получить журналистский опыт, потому что хочу выбрать эту профессию в будущем») не показалось убедительным. К тому же мать пациентки отрицала все эти «факты» домашнего насилия и никогда не слышала об эпизоде сексуального насилия. Было выдвинуто две версии объяснения такого поведения Миши: либо общение в процессе интервью не с конкретным человеком, а с видеокamerой не является традиционной коммуникацией, и смотреть в камеру – не одно и то же, что смотреть в глаза собеседнику. Либо поведение Миши в это время носило характер маскинга – сокрытия тех черт и свойств, которые ею воспринимались как «странные».

Вызывал некоторые сомнения в ее объективности и пост в соцсетях, который был написан после консульта-

ции одного из психиатров, выставивших представительный диагноз «Синдром Аспергера (РАС)». Миша написала: «Праздную личную победу, потому что первый специалист рассматривал во мне только БАР. Отрицал и не видел во мне аутистическую сторону. **Потому что я настолько преисполнилась в маскинге, что сама перестала различать, где я, а где мой вымышленный образ, состоящий из фраз из кино/книг/знакомых, чтобы не выделяться и не выглядеть «странной».** Вечно контролирующей свои движения, мимику и выдающей реакции, которые требовались от меня».

Как следует из представленной дневниковой записи, Миша признает, что в оценке своего психического состояния может представлять субъективной и создавать вымышленный образ (с помощью «маскинга»), который связан с необходимостью адаптироваться к социуму и избегать стигматизации из-за признаваемых необычностей ее поведения. Считается, что маскинг у нейродивергентных (нейроотличных) людей связан с общими социальными практиками (например, с управлением идентификацией) и часто обусловлен стремлением избежать стигматизации [3, 4]. Сравнительный анализ практики использования маскинга нейродивергентными и нейротипичными людьми показал, что некоторые аспекты маскинга являются общими для «аутистов» и «неаутистов», например использование подражания другим в качестве социальной стратегии или чувство усталости от маскинга [3]. Обследованные из обеих групп сообщали, что необходимость использования маскинга заставляла их чувствовать себя оторванными от их истинного чувства идентичности и оказывала негативное влияние на их эмоционального состояние. Некоторые аспекты маскинга оказались более специфичными для аутичных людей, например, когда сенсорное подавление и маскинг приводили к суицидальным мыслям. Оценить уровень применения Ариной (Мишей) технологии маскинга для сокрытия коммуникативных проблем крайне сложно, и, возможно, получение удовлетворения от врачебного подтверждения собственной нейроотличности, может указывать, на истинность переживаний девушки.

Клинико-психопатологическое обследование Миши подтвердило наличие у нее признаков аутистического поведения и реагирования, манифестировавших в раннем детском возрасте, когда необходимости в маскинге еще не существовало. В клинической картине обнаруживались подтвержденные окружающими коммуникативные нарушения, невозможность адекватного контакта глазами с собеседником, несоответствие мимики, телодвижений, позы при межличностном взаимодействии, недостаток спонтанного стремления делиться интересами или достижениями с другими людьми. Однако в первую очередь в клинической беседе обращало на себя внимание *своеобразие речи Миши, ее стиля формулирования мыслей.* При выборе ответов на вопросы она отдавала предпочтение сложным по структуре («замысловатым»), научным или псевдонаучным

формулировкам. Ее речь не всегда была доступной («ни слова в простоте») и была похожа на речь лектора на философском или психологическом симпозиуме или диктора телевидения. В частности, она использовала следующие речевые обороты: «конвенциональная привлекательность», «культура отмены», «когнитивная эмпатия», «сенсорно и текстурно чувствительна», «справиться с дофаминовой нехваткой», «заниматься эскапизмом» и пр.

Данный речевой стереотип дал нам возможность говорить о недопонимании Ариной (Мишей) социальных аспектов коммуникации, о наличии склонности к схематизации общения, избыточной интеллектуализации в ситуациях, не требующих этого. Помимо схематизации в области речевой деятельности было обнаружено, что данный феномен являлся и является одним из определяющих весь стиль жизни Арины (Миши) и осмысления ею окружающей действительности. Стереотипизация (схематизация) проявлялась в симптоматике, сходной с обсессивно-компульсивной, когда девушка предпочитала однотипную еду, одежду, домашнюю обстановку. Присутствовавшие в клинической картине заболевания Арины (Миши) ритуалы, проявлявшиеся в стереотипном обеззараживании рук, ношении маски только дома, не было оснований признавать частью диагноза ОКР, поскольку они не содержали феномена «борьба мотивов» и истинного обсессивного компонента в виде руминаций.

К тому же кругу схематизации и интеллектуализации следует отнести стремление Арины (Миши) использовать не женское, а мужское имя. В клинической картине отсутствовали признаки, позволявшие утверждать, что у девушки имеются признаки трансгендерности (транссексуализма), отсутствовала эмоциональная вовлеченность, гендерная дисфория и стремление совершить гендерный переход. Они были заменены теоретизированием на тему относительности понятий «мужской/женский» пол и стиль поведения. Арина (Миша), несмотря на просьбу называть ее Мишей, продолжала ассоциировать себя с женским полом и размышляла над тем, как и почему одни имена причисляются к мужским, а другие к женским. Считала, что это несправедливо и ошибочно.

Диагностический поиск в рамках клинического случая Арины (Миши) включал помимо перечисленных расстройств (транссексуализм, ОКР, СДВГ) ПРЛ и шизотипическое расстройство. Как показал психопатологический анализ, в клинической картине заболевания отсутствовали характерные для шизотипического расстройства качественные расстройства мышления в виде аморфности, квазипсихотических эпизодов, эмоциональной холодности. На основании наблюдавшихся у Арины (Миши) в подростковом возрасте эпизодов селфхарма (самоповреждающего поведения), традиционно относимых к критериям ПРЛ, нельзя было выставить такой диагноз, поскольку не отмечалось всех необходимых составных частей этого расстройства, и не они определяли дезадаптацию пациентки.

Таким образом, *основным предметом дифференциальной диагностики стало разграничение эпатажного (манипулятивного, гистрионического) поведения в рамках смешанного расстройства личности (РЛ) и синдрома Аспергера (РАС), а также квалификация иных психопатологических включений в клиническую картину заболевания. Сходным для перечисленных диагнозов считается психосоциальная дезадаптация, наблюдавшаяся у Арины (Миши). Интерес представляло изучение механизмов формирования дезадаптации. С нашей точки зрения, базовым феноменом, определявшим невозможность пациентки «приспособиться к миру и себе», являлись не аффективные расстройства (как при РЛ), а нарушения коммуникативных навыков и иные симптомы, характерные для РАС. Эпатажное поведение Арины (Миши) было связано с недостаточно точным пониманием, чего от нее ждут участники коммуникации, неспособностью различать намерения и неумением прогнозировать развитие ситуации. Часть психопатологических феноменов носила компенсаторный характер, например деятельность, которую логично рассматривать как патологическое фантазирование, псевдология. Стремление дать интервью и обнародовать неподтвержденную информацию о «фактах» домашнего насилия, готовность обнажить перед большой интернет-аудиторией интимные стороны своей жизни с отсутствием логичного объяснения мотивов такого поведения, могли трактоваться как искаженные по форме способы купировать субъективно значимые трудности общения. Обращал на себя внимание тот факт, что у Арины (Миши) отсутствовал мотив предостеречь окружающих от домашнего насилия и даже мотив привлечения внимания к собственной персоне. В рамках интервью она «исповедовалась», но без адекватного эмоционального сопровождения. Это выглядело как тот самый маскинг, о котором Арина (Миша) так часто упоминала.*

При проведении клинического разбора в присутствии десятков врачей и психологов, она не проявляла признаков манипулятивного поведения, не стремилась привлечь к себе внимание или вызвать жалость и сочувствие. Таким образом, приходится констатировать, что у нее отсутствовали критерии диагностики гистрионического расстройства личности, и ей был выставлен диагноз **РАС в форме синдрома Аспергера**.

В научной литературе последних лет активно обсуждается не столько проблема дифференциации, сколько вопрос о коморбидности синдрома Аспергера с иными психопатологическими расстройствами. Чаще других в ряду коморбидных упоминаются СДВГ, ОКР, тревожные и депрессивные расстройства [5–19]. Об иной коморбидности сообщается реже. В частности, M. Raja, A. Azzoni [17] наблюдали всего трех пациентов, одновременно страдавших РАС и БАР, E. Esposto [10] описал один подобный случай, но G. Vannucchi и соавт. [8] по результатам систематического обзора литературы сообщили о том, что распространенность БАР у взрослых с РАС колеблется от 6% до 21,4%.

О возможной коморбидности РАС и расстройств шизофренического спектра, в частности шизотипического расстройства (ШП), представлены противоречивые данные. Так, М. Marinopoulou [12] пишет о том, что «похоже, что РАС чаще встречается при ШП, чем считалось ранее, частота РАС варьируется от 30% до 50% у детей и подростков с детской шизофренией и до 60% у взрослых с ШП». В других исследованиях [13] отмечается проблема ошибочной диагностики шизофрении у пациентов с РАС.

Незначительное число исследований посвящено проблеме коморбидности РАС с личностными расстройствами, чаще других с ПРЛ [14, 16, 19]. С. Rinaldi [16] обращает внимание на то, что с РАС наиболее часто сочетаются личностные расстройства кластеров А и С (параноидное, шизоидное, зависимое, ананкастное и избегающее). По мнению С.С. Allely [14], как и в случае с расстройствами шизофренического спектра, нередко случаи ошибочных диагнозов личностных расстройств пациентам с РАС. В работе L. Dell’Osso и соавт. [19] обсуждается коморбидность РАС и ПРЛ. Авторы отмечают наличие «перекрытий» по таким симптомам, как селф-харм, эмоциональная дисрегуляция, нарушения в вербальных и невербальных коммуникациях, поверхностность дружеских отношений. Однако делают вывод о том, что на сегодняшний день многие аспекты подобной коморбидности остаются спорными и должны быть дополнительно изучены посредством лонгитюдных исследований и интегрированы в свете многомерного подхода к психопатологии.

Учитывая гипотезу о том, что в клинической картине заболевания Арины (Миши) были представлены гистрионические симптомы в виде эпатажного поведения, склонности к псевдологии и нарциссическому поведению, интерес представляют публикации, посвященные коморбидности РАС с диссоциативными расстройствами [20–22]. По мнению К.Е. Reuben, А. Parish [20], диссоциации в рамках РАС часто презентуют себя в виде погруженности в патологическое фантазирование, что подтверждают исследования и российских психиатров [23]. Развернутых и синдромально завершенных диссоциативных (конверсионных) расстройств при РАС не описано.

Отдельно в ряде работ дискутируется возможность сочетания РАС с нарушениями гендерной идентичности, что признается крайне редким, но прогрессирующим вариантом коморбидности [24–31]. J. Parkinson [24] обнаружил признаки гендерной дисфории у трех пациентов с РАС. По мнению V. Pasterski [25], 5,5% взрослых с гендерной дисфорией также имели черты, указывающие на РАС. На основании результатов метаанализа А. Kallitsounaki, D.M. Williams [29] делается вывод о том, что совокупная оценка распространенности диагноза РАС у лиц с гендерной дисфорией составляет 11%. Один из наиболее полных метаанализов, посвященных вопросам коморбидности РАС, включивший выборку из 42 569 человек с РАС и их 11 389 братьев и сестер без РАС [32], не обнаружил гендерную дисфорию среди расстройств, характеризующих данный вид соболезенности.

Анализ литературы в ракурсе анализируемого клинического случая Арины (Миши) показывает, что описанное наблюдение следует признать уникальным по причине того, что выявленный у пациентки синдром Аспергера сочетался не с четко очерченными коморбидными психическими и поведенческими расстройствами, а с абортивными элементами тех или иных психопатологических симптомов. Можно предполагать, что коморбидные расстройства не сформировались у Миши в развернутом виде именно по причине наличия специфических аутистических черт, затруднивших развитие полноценной картины каких бы то ни было иных расстройств. Дальнейшее наблюдение за пациенткой позволит понять, насколько эффективным оказался использованный ею «психопатологический маскинг». Результаты катамнестического исследования Y.V. Borisova и соавт. [33] показали, что сочетание высокофункционального аутизма (синдрома Аспергера) с психическими расстройствами в молодом возрасте имеет тенденцию к облегчению психопатологической симптоматики, компенсации психических расстройств с тенденцией к улучшению социальной и трудовой адаптации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец; 2016.
2. Mendelevich V.D. Terminological foundations of phenomenological diagnostics in psychiatry. Moscow: Gorodets; 2016 (in Russian).
3. Менделевич В.Д. О «субъективных психических расстройствах», самодиагностике и психопатологической настороженности. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2023;(4):4-7.
4. Mendelevich V.D. About «subjective mental disorders», self-diagnosis and psychopathological alertness. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2023;(4):4-7 (in Russian).
5. Miller D, Rees J, Pearson A. «Masking Is Life»: Experiences of Masking in Autistic and Nonautistic Adults. *Autism in adulthood*. 2021;3(4):330-38. DOI: 10.1089/aut.2020.0083
6. Pryke-Hobbes A, Davies J, Heasman B et al. The workplace masking experiences of autistic, nonautistic neurodivergent and neurotypical adults in the UK. *PLoS ONE*. 2023;18(9):e0290001. DOI: 10.1371/journal.pone.0290001
7. Mazzone et al. Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*. 2012;(11):16. DOI: 10.1186/1744-859X-11-16
8. Lugnegard T, Hallerback MU, Gillberg Ch. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*. 2011;32(5):1910-7. DOI: 10.1016/j.ridd.2011.03.025
9. Gonzalez-Penas J, Costas JC, Garcia-Alcon A et al. Psychiatric comorbidities in Asperger syndrome are related with polygenic overlap and differ from other Autism subtypes. *Translational Psychiatry*. 2020;(10):258. DOI: 10.1038/s41398-020-00939-7
10. Vannucchi G, Masi G, Toni C et al. Bipolar disorder in adults with Asperger’s Syndrome: a systematic review. *J Affect Disord*. 2014;168:151-60. DOI: 10.1016/j.jad.2014.06.042

9. Леухина М. Коморбидные поведенческие нарушения и психические расстройства при аутизме. 2018. Leukhina M. Comorbid behavioral disorders and mental disorders in autism. 2018. (in Russian).
10. Esposito E, Nastro F, Di Lorenzo G. Navigating the Intersection between autism spectrum disorder and bipolar disorder: a case study. *Journal of Psychopathology*. 2023;(29):68-70. DOI: 10.36148/2284-0249-N287
11. Nilsson M, Arnfred S, Carlsson J et al. Self-Disorders in Asperger Syndrome Compared to Schizotypal Disorder: A Clinical Study. *Schizophrenia Bulletin*. 2020;46(1):121-9. DOI: 10.1093/schbul/sbz036
12. Marinopoulou M, Lugnegard T, Hallerback MU. Asperger Syndrome and Schizophrenia: A Comparative Neuropsychological Study. *J Autism Dev Disord*. 2016;46:2292-304. DOI: 10.1007/s10803-016-2758-9
13. Perlman L. Adults with Asperger disorder misdiagnosed as schizophrenic. *Professional Psychology Research and Practice*. 2000;31(2): 221-5. DOI: 10.1037//0735-7028.31.2.221
14. Allely CS, Woodhouse E, Mukherjee RAS. Autism spectrum disorder and personality disorders: How do clinicians carry out a differential diagnosis? *Autism*. 2023;27(6):1847-50. DOI: 10.1177/13623613231151356
15. Менделевич В.Д. «Система дел» и проблема «удерживания нуля» математика Артема: шизофрения или синдром Аспергера? *Неврологический вестник*. 2017;(2): 95-104. Mendelevich V.D. «The system of affairs» and the problem of «holding zero» Artyom's mathematics: schizophrenia or Asperger's syndrome? *Neurological Bulletin*. 2017;(2): 95-104 (in Russian).
16. Rinaldi C, Attanasio M, Valenti M et al. Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. *World J Psychiatr*. 2021;11(12):1366-86.
17. Raja M, Azzoni A. Comorbidity of Asperger's syndrome and Bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2008;4:26. DOI: 10.1186/1745-0179-4-26
18. Бобров А.Е., Сомова В.М. Нарушения коммуникации у больных синдромом Аспергера. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2013;(3):17-24. Bobrov A.E., Somova V.M. Communication disorders in patients with Asperger's syndrome. *Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2013;(3):17-24 (in Russian).
19. Dell'Osso L, Cremone IM, Nardi B et al. Comorbidity and Overlaps between Autism Spectrum and Borderline Personality Disorder: State of the Art. *Brain Sci*. 2023;13:862. DOI: 10.3390/brainsci13060862
20. Reuben KE, Parish A. Dissociation in Autism Spectrum Disorders: An Under-Recognized Symptom. In: Perspectives of dissociative identity response: Ethical, historical, and cultural issues. *HWC Press*. 2022. Pp. 151-83. URL: https://www.researchgate.net/publication/359815494_Dissociation_in_Autism_Spectrum_Disorders_An_Under-Recognized_Symptom
21. Palermo MT, Bogaerts S. Violent Fantasies in Young Men With Autism Spectrum Disorders: Dangerous or Miserable Misfits? Duty to Protect Whom? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2015;61(9):1-16. DOI: 10.1177/0306624X15612719
22. Schwarzkopf S, Schilbach L, Vogeley K, Timmermans B. «Making it explicit» makes a difference: Evidence for a dissociation of spontaneous and intentional level 1 perspective taking in high-functioning autism. *Cognition*. 2014;131(3):345-54. DOI: 10.1016/j.cognition.2014.02.003
23. Макаров И.В., Кравченко И.В. Патологическое фантазирование у детей. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2015;5(2):3-7. DOI: 10.17116/jnevro2015115523-7 Makarov I.V., Kravchenko I.V. Pathological fantasizing in children. *Journal of Neurology and Psychiatry*. 2015;5(2):3-7. DOI: 10.17116/jnevro2015115523-7 (in Russian).
24. J. Gender dysphoria in Asperger's syndrome: a caution. *Australas Psychiatry*. 2014;22(1):84-5. DOI: 10.1177/1039856213497814
25. Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Arch Sex Behav*. 2014;43(2):387-93. DOI: 10.1007/s10508-013-0154-5
26. Murphy J, Prentice F, Walsh R et al. Autism and transgender identity: Implications for depression and anxiety. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2019;69(9):101466. DOI: 10.1016/j.rasd.2019.101466
27. Kraemer B, Delsignore A, Gundelfinger R et al. Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14:292-6. DOI: 10.1007/s00787-005-0469-4
28. D, WP, Jone BA, J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev*. 2016;4(1):3-14. DOI: 10.1016/j.sxmr.2015.10.003
29. Kallitsounaki A, Williams DM. Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2023;53:3103-17. DOI: 10.1007/s10803-022-05517-y
30. Janssen A, Huang H, Duncan C. Gender variance among youth with autism spectrum disorders: a retrospective chart review. *Transgender Health*. 2016;1(1):63-8. DOI: 10.1089/trgh.2015.0007
31. Garcia-Barba M, Nichols S, Ballester-Arnal R, Byers ES. Positive and Negative Sexual Cognitions of Autistic Individuals. *Sexuality and Disability*. 2024;42:167-87. DOI: 10.1007/s11195-023-09824-9
32. Khachadourian V, Mahjani B, Sandin S et al. Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. *Translational Psychiatry*. 2023;13:7. DOI: 10.1038/s41398-023-02374-w
33. Borisova YV, Sharapova DN, Turayev BT, Shernazarov F. Concomitant mental disorders and social functioning of adults with high-functioning autism/Asperger syndrome. *Science and innovation international scientific journal*. 2023;2(11):36-41. DOI: 10.5281/zenodo.10104048

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Менделевич Владимир Давыдович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ». E-mail: Mendelevich_vl@mail.ru; ORCID: 0000-0002-8476-6083

Нестерина Мария Кирилловна – ординатор каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ». E-mail: mari.nesterina@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6901-5903

Коновалова Вероника Николаевна – аспирант каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ». E-mail: nikakonovalova31@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4043-0780

Митрофанов Иван Александрович – ассистент каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ». E-mail: ivan.mitrofanov@kazangmu.ru; ORCID: 0000-0002-0541-7038

Поступила в редакцию: 27.03.2024

Поступила после рецензирования: 09.04.2024

Принята к публикации: 18.04.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Vladimir D. Mendelevich – Dr. Sci. (Med.), Full Prof., Kazan State Medical University. E-mail: Mendelevich_vl@mail.ru; ORCID: 0000-0002-8476-6083

Maria K. Nesterina – Medical Resident, Kazan State Medical University. E-mail: mari.nesterina@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6901-5903

Veronika N. Konovalova – Graduate Student, Kazan State Medical University. E-mail: nikakonovalova31@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4043-0780

Ivan A. Mitrofanov – Assistant, Kazan State Medical University. E-mail: ivan.mitrofanov@kazangmu.ru; ORCID: 0000-0002-0541-7038

Received: 27.03.2024

Revised: 09.04.2024

Accepted: 18.04.2024