



Клинический случай

# О «голосах в голове» и неразгаданных тайнах пограничного расстройства личности. Случай Анны А.

В.Д. Менделевич✉, М.К. Нестерина

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

✉mendelevich\_vl@mail.ru

## Аннотация

В статье на основании клинического случая Анны А. анализируется проблема жалоб пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ) на наличие у них «голосов в голове». Приведены данные современных исследований, указывающих на значимость когнитивной модели вербальных галлюцинаций для понимания происхождения «голосов». Констатируется, что жалобы пациентов с ПРЛ на наличие «голосов в голове» нельзя однозначно причислить к расстройствам восприятия и обозначать термином «вербальные галлюцинации». Неверная трактовка данных феноменов на практике часто приводит к ошибочной диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (чаще шизотипического расстройства), что влечет за собой неадекватное назначение антипсихотиков. Феномен «голосов в голове» следует рассматривать как симптом диссоциативного ряда, относимый в первую очередь к нарушениям мышления и воображения. Дальнейшие психопатологические исследования позволят найти этому явлению более точное определение и место в реестре психопатологических симптомов.

**Ключевые слова:** вербальные галлюцинации, пограничное расстройство личности, диссоциация.

**Для цитирования:** Менделевич В.Д., Нестерина М.К. О «голосах в голове» и неразгаданных тайнах пограничного расстройства личности. Случай Анны А. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (3): 66–73. DOI: 10.47407/kr2026.7.3.00796

Clinical Case

## About "voices in the head" and the unsolved mysteries of borderline personality disorder. The case of Anna A.

Vladimir D. Mendelevich✉, Maria K. Nesterina

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

✉mendelevich\_vl@mail.ru

## Abstract

This article, based on the clinical case of Anna A., analyzes the complaints of patients with borderline personality disorder (BPD) about hearing "voices in their heads". It presents data from modern research indicating the importance of a cognitive model of verbal hallucinations for understanding the origin of these "voices". It is stated that complaints of patients with BPD about the presence of «voices in the head» cannot be unambiguously classified as perceptual disorders and designated by the term "verbal hallucinations". Incorrect interpretation of these phenomena in practice often leads to erroneous diagnosis of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders (most often schizotypal disorder), which entails inappropriate prescription of antipsychotics. The phenomenon of "hearing voices in the head" should be considered a symptom of dissociative disorders, primarily related to disturbances in thinking and imagination. Further psychopathological research will allow for a more precise definition and place for this phenomenon within the register of psychopathological symptoms.

**Keywords:** verbal hallucinations, borderline personality disorder, dissociation.

**For citation:** Mendelevich V.D., Nesterina M.K. About "voices in the head" and the unsolved mysteries of borderline personality disorder. The case of Anna A. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (3): 66–73 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.3.00796

Пограничное расстройство личности (ПРЛ), появившись в психиатрических классификаторах относительно недавно, продолжает вызывать жаркие диагностические споры [1–8]. Часть специалистов настаивают на том, что некоторые облигатные психопатологические симптомы ПРЛ выходят за рамки личностных и что в таких случаях следует думать о других диагнозах, в частности из шизофренического спектра [9–13]. Это привело к тому, что на практике значительному числу таких пациентов выставляется диагноз шизотипического расстройства на основании «чуждаковатости» и эксцентричности поведения, социальной отгороженности, деперсонализации, неадекватного аффекта. Наиболее часто ошибочная диагностика ПРЛ основана на выявлении у пациентов «слуховых галлюцинаций»

(«внутренних голосов», «сущностей в голове»), причисляемых к типичным для первичного психоза, а не для личностного расстройства. Феномен «вербальных галлюцинаций» становится почти облигатным для клинической картины ПРЛ [14–22] – его частота варьируется от 40% [14, 15] до 90% [16]. Основная теоретико-методологическая проблема заключается в том, насколько правомерно рассматривать жалобы пациентов на «голоса в голове» как вербальные галлюцинации или же имеются основания трактовать их как искаженные мыслительные феномены [23].

Ниже приведен клинический случай 22-летней Анны А. (имя изменено), наблюдавшейся в психоневрологическом диспансере и дважды госпитализировавшейся в психиатрический стационар в связи с нарушениями по-

ведения, суицидальными наклонностями в виде селф-харма, а также по причине жалоб на «внутренние голоса» и «сущности в голове». Пациентка рассказывала, что имеющиеся у нее «галлюцинации в голове противостоят друг другу, представляют темную и светлую сторону, доставляя душевные страдания», но отношение к ним у Анны сложилось двойное – иногда она стремится к тому, чтобы «голоса оставались в голове, поскольку помогают ей разобраться в том, что происходит вокруг». Пациентка называла «голоса» сущностями, поскольку утверждала, что в ней живет две личности – Анна и Артем, которые вступают между собой в споры и диктуют, как ей себя вести в конкретной ситуации.

**Анна А., 22 лет.** Поступает в психиатрический стационар повторно по направлению участкового-психиатра в сопровождении родственников. В течение двух лет дважды лечилась в психиатрической больнице.

**Анамнез жизни.** Родилась от третьей беременности в семье сельской медицинской интеллигенции. Проживала в частном доме совместно с родителями, старшими братом и сестрой. Раннее развитие без особенностей, детское дошкольное учреждение посещала, была спокойным, в меру активным и контактным ребенком. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, классы не дублировала. Старалась угодить учителям, любила соперничать с одноклассниками в скорости решения задач, стремилась получить похвалу от родителей, которые постоянно сравнивали ее со старшей сестрой. В классе подвергалась буллингу «за то, что я такая хорошая – зависть, сплетни, оскорбления, унижения. Сама я была хрупкой и ранимой девочкой, но к тому же бойкой и активной. Друзей не было, меня били за странности, особенно за прямолинейность, когда могла говорить то, что обычно не говорят... Я все время была с пацанами, нравилась большинству мальчиков, пользовалась ими. Меня, конечно, били, но это было прикольно. Любила бои без правил, я была уличной бандиткой. Мне было наплевать на чужое мнение, но нужно было постоянное общение с другими». В свободное время увлекалась бадминтоном.

Окончила 9 классов средней школы. Поступила в педагогический колледж на программиста. «Первые несколько курсов были непростыми в плане адаптации, нахождения новых знакомых и друзей, но со временем они сами стали проявлять ко мне интерес, так как мой тогдашний стиль нельзя было оставить незамеченным. При этом мне была чужда популярность. Я всегда старалась быть менее заметной, отталкивать от себя людей, но это не получается. Отстригла свои длинные густые волосы, так как к ним было слишком много внимания, не пользовалась косметикой, даже называла себя мужским именем – Артем, просила обращаться в мужском роде, многие были уверены, что я парень...». Связывает стремление к одиночеству с атмосферой в семье, в которой мама жестко отчитывала ее за непослушание, угрожала подвалом. Анне, с ее слов, всегда не хватало человека, с которым можно было поделиться своими чувствами и мыслями, но

при этом была недоверчивой к людям. Успеваемость в колледже была хорошей. Параллельно продолжала посещать спортивную секцию по бадминтону, имела спортивные награды.

После окончания колледжа по специальности не работала, устроившись продавцом в пункте выдачи онлайн заказов, с работой справлялась. В настоящее время работает менеджером в фотосалоне. Характеризует себя как стеснительную, добрую. Свободное время проводит за игрой в компьютерные игры, периодически занимается графическим дизайном, гуляет с друзьями, продолжает увлекаться бадминтоном. Описывает, что с подросткового возраста есть потребность в рискованном поведении, интерес к высоким, опасным сооружениям, топорам, бензопилам, ножам, любит смотреть «ужастики про зомби». При этом утверждает, что с детства боялась вида крови, потому что отец на ее глазах убивал домашний скот и дичь, мать прочищала внутренности, а ей надо было чистить лапки животных от кожи. В качестве своей особенности выделяет потребность «сталкерить людей, делаю это без особого смысла с малознакомыми людьми просто из-за навязчивого интереса, собираю полное досье, слежу за их передвижениями. Были мысли убить кого-нибудь, но я этого никогда не сделаю». Проживает с молодым человеком, отмечает ухудшение в отношениях на фоне текущего изменения психического состояния.

Из перенесенных заболеваний вспоминает только о простудах. Менструальный цикл с 12 лет, *mensis* регулярные, безболезненные. Сексуальную жизнь ведет с 19 лет. Ранее около полугода употребляла по 2 л пива в сутки, на фоне которого отмечала «усиление галлюцинаций». В настоящее время употребляет некрепкие алкогольные напитки (пиво, вино) по праздникам.

**Анамнез заболевания.** Наследственность психически расстройствамиотягощена, родной брат в 18-летнем возрасте находился на стационарном лечении в психиатрической больнице по поводу депрессивного эпизода после суицидальной попытки друга. В детстве «чудились невообразимые видения перед засыпанием, боялась белых потолков, потому что они расщеплялись на частицы и будто приближались или отдалялись, а я чуть ли не падала». Такие явления сохранялись до 15-летнего возраста. Считает себя психически больной в течение последних шести лет (т.е. с 16 лет). В подростковом возрасте без видимой причины снизилось настроение, потеряла интерес к жизни, однако учиться не переставала и продолжала заниматься спортом. Депрессия носила хронический «вялотякущий» характер, сопровождалась нарушениями пищевого поведения. Чтобы поднять настроение и облегчить свое состояние, учась в колледже, начала наносить самопорезы на левое предплечье. Обычно это возникло на фоне стресса, «недосыпа», голода. С того же времени начала ненавидеть свое тело, стремиться похудеть из-за насмешек со стороны. В один из вечеров после учебы «начала слышать странные мысли, которых раньше никогда не было. Они предложили выход из ситуации, но с одним



перед первой госпитализацией, «потому что голос говорил, потом хвалил, это было как жертвоприношение». Сейчас «это уже мое собственное желание или его, не понимаю, но есть потребность делать селфхарм».

### Психический статус

При поступлении в стационар была внешне неопрятна, волосы взъерошены, неравномерно окрашены в красный цвет, на ногтях ободранный черный лак. На беседу зашла по приглашению, дистанцию не соблюдала. Легко вступила в контакт, инициировав его самостоятельно, была перевозбуждена, склонна к панибратству. Небрежно опускалась на стул, сидела в вальяжной позе, спина была откинута на спинку стула, руки заведены за голову, кисти в замок, периодически потягивалась, раскачиваясь на стуле. Беседовала с вызовом, подсмеиваясь над некоторыми вопросами врача. На замечания проходившей мимо заведующей не реагировала, произнесла лишь: «а че это она такая душная у вас». Речь была эмоционально насыщенная, громкая, периодически старалась акцентировать внимание на броских фразах: «ну я же шизофреничка, давайте разгадывайте меня». Анамнестические сведения излагала с акцентом на собственную исключительность: «всегда была страненькая в хорошем смысле, не такая как все, других девочек и их интересы никогда не понимала, завоевывала внимание всех парней вокруг». Мимика и жесты были направлены на привлечение и удержание внимания, раздражалась, если врач, по ее мнению, отвлекался от диалога. В качестве причины госпитализации указывала стресс, связанный с тем, что к ней плохо отнесся психотерапевт, когда она захотела записаться на групповую терапию. («Мне уделили всего 10 мин, я спросила, можно ли мне резаться? Мне сказали, что нет. Что за врачи пошли, может вы со мной разберетесь... Я из-за этого психанула, настроение стало скакать. Не понимаю, кто я, что со мной, не выдерживаю, взрыв эмоций сплошной») При рассказе о себе выразительно изображала диалог по ролям. На поставленные вопросы о симптоматике отвечала витиевато, игриво – «не хочу вспоминать, что голоса говорили, ой ну ладно давайте... Все самое ужасное, что вы можете себе представить, вы такого никогда не слышали. Первый раз перед дуркой в истерике на полу два часа от этого валялась, ждала, когда пройдет этот голос, говоривший убей, убей!». Мышление было несколько ускоренным, наблюдались соскальзывания на индивидуально значимые темы. Периодически проявляла парадоксальность в отношении оценки собственных индивидуальных характеристик и особенностей, подчеркивала свою робость и ранимость, однако с азартом описывала бойкость и задиристость, акцентировала внимание на потребности находиться в одиночестве и желании быть незаметной, но упоминала, что отстранение от окружающих переносит с трудом; говорила про сформировавшийся с детства страх крови, однако не отмечала препятствий в нанесении «кровавых» самопорезов, как одну из причин преры-

вания данного поведения указывала пропавший интерес в виду того, что «кровь стала меньше выделяться из царапин». Галлюцинаторно-бредовой симптоматики в ходе беседы не выявлялось. Суицидальные мысли отрицала, попыток ранее не совершала. Отмечала поверхностный сон, трудности с засыпанием, частые ночные пробуждения.

На консилиуме (через 3 нед после госпитализации и начала терапии) в присутствии большой аудитории психиатров вела себя уверенно, не стеснялась, стремилась максимально раскрыть себя перед слушателями. Рассказала, что в течение последних лет периодически ощущает в себе две личности – одна женская (Анна), другая мужская (Артем), попеременно сменяющие друг друга. Называла их сущностями. Просила окружающих (в том числе пациентов и персонал больницы) звать ее Артемом. Рассказывала о своей особенности, ожидая реакции со стороны. Соглашалась, что это «своеобразная игра, взявшаяся непонятно откуда», была склонна к эпатажу. Часто путалась и представляла противоречивую информацию о «голосах в голове» и «сущностях». При детальном расспросе соглашалась, что «голоса – это не звуки, а скорее мысленный внутренний разговор, помогающий справиться со стрессом и с желанием нанести себе порезы». Говорила о том, что «сущность Артема находится [в ней] постоянно», но не всегда она ведет с ним диалог. Иногда она специально пытается сделать так, чтобы «голоса появились» с целью избежать самоповреждений. В другой раз сообщала, что именно под влиянием этих «голосов» она и наносит себе порезы. Рассказы об этом не сопровождалась негативными эмоциональными реакциями – обычно она говорила об этом с увлечением и попыткой эпатировать собеседника. Сообщала, что под влиянием терапии ей стало проще «справляться с гневом и раздражением». В отделении нередко нарушала режим, вела себя дерзко. После завершения консилиума долго не вставала со стула, желая продолжить «приятный разговор». Бредовых идей не выявлялось. Терапия: вальпроевая кислота 300 мг/сут, кветиапин 50 мг/сут.

*Заключение невролога.* На момент осмотра очаговой неврологической симптоматики не выявлено. *Заключение психолога.* Во время исследования испытуемая контакту доступна. Правильно ориентирована во всех видах. Сидит в закрытой позе, опустив голову, визуальный контакт поддерживает крайне непродолжительное время. Внешне напряжена, руки держит на коленях, с силой и напряжением руки сжаты в кулак. Говорит тихим голосом. В беседе отвечает не всегда по существу, противоречива в высказываниях. О причине госпитализации высказывается с недомолвками, субъективно и не критично («меня не приняли на групповой сеанс»). В поведении закрыта, к контакту не стремится, чаще утрированно оппозиционна, не критична и с ригидностью установки (рисунок человека – «Артем это девочка...»). Эмоционально неустойчива, без причин плачет, временами смеется, то становится раздражительной и в грубой форме отвечает на обращения к ней, бывает и по-

детски капризной с проявлением зависимого стиля поведения. В эксперименте: инструкции усваивает и удерживает в достаточном объеме. В работе формальна. К улучшению результатов не стремится, ошибочные решения не корригируемы. Мнестические функции в достаточном объеме (мнемограмма 8, 8, 9, 10... 8 из 10 слов; опосредованное – 100%). По данным теста «Пиктограмма», наряду с эмоциональной обедненностью, характеризуется снижением числа атрибутивности образов, наличием отдаленного типа выбора (мечта – «могила. Могила – это покой, а покой – это могила»). Графика с характеристиками напряженности и ригидности. В «свободных ассоциациях» обнаруживается нарушение ассоциативных связей («...птица, самолет, кровь, одежда... ветер, вода, люди, слова...») и преимущественно агрессивно-деструктивного характера ассоциативного ряда. В нагрузочных пробах внимание с признаками неустойчивости (таблицы Шульце 33"; 46"; 43"; 38"; 42"). При исследовании мыслительной деятельности интеллектуально-загруженным материалом (исключение 4-го лишнего, сравнение пар понятий) на фоне сохранных интеллектуальных возможностей, доступности выполнения операциональных действий с актуализацией существенных функциональных и категориальных признаков обнаруживает проявления нечеткости предметных и смысловых дифференцировок с эпизодами актуализации малосущественных, слабых оснований для объединения объектов. Наряду с этим отмечается тенденция к свертыванию и сближению отдаленных объектов с опорой на слабые маловероятные признаки (часы–река «текут»). Возможности оперирования формально-логическими отношениями на материале простых аналогий достаточные. Смысл сюжетной последовательности и прочитанного рассказа улавливает. Переносной смысл пословиц и идиом передает на примерах. По результатам сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ), метода цветочных выборов и рисунка человека выявляются признаки личностной дезинтеграции с высоким уровнем эмоциональной напряженности, неадекватно завышенной самооценкой, стремлением претендовать на исключительность, эгоцентрическая обидчивость, выраженная эмоциональная неустойчивость со склонностью к аффективным реакциям, дезадаптирующие черты возбудимого круга, индивидуалистичность и субъективная структуризация явлений окружающего мира, ригидность установки, сочетающиеся со стремлением к конформности, аффективная захваченность доминирующей идеей, паранойяльный стиль переживаний, возможны импульсивные разрушительно-агрессивные поступки. Актуальное состояние характеризуется напряженностью, связанной блокированностью физиологических потребностей, чрезмерно ограничиваемых, выраженным самоконтролем в сфере чувственности, приводящей к изоляции, стресс, переутомление, ощущение несчастья. Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании на фоне формальной мотивации в мыслительных опе-

рациях выявляются: проявления нечеткости предметных и смысловых дифференцировок, явления соскальзывания в виде эпизодов актуализации несущественных связей, тенденция к свертыванию и сближению отдаленных объектов с опорой на слабые маловероятные признаки, привнесение проекций агрессивно-деструктивной направленности, снижение числа атрибутивности образов в пиктограмме и нарушения ассоциативных связей при достаточных интеллектуально-мнестических возможностях; объем внимания в краткосрочных пробах достаточный, критические способности нарушены у личности с признаками личностной дезинтеграции с высоким уровнем эмоциональной напряженности, стремлением претендовать на исключительность, выраженной эмоциональной неустойчивостью со склонностью к аффективным реакциям, дезадаптирующими чертами возбудимого круга, индивидуалистичностью и субъективной структуризацией явлений окружающего мира, ригидностью установки, сочетающейся с тенденциями стремления к конформности, паранойяльным стилем переживаний, возможными импульсивными разрушительно-агрессивными поступками в актуальном состоянии, характеризующимся напряженностью, связанной с блокированием физиологических потребностей, выраженным самоконтролем в сфере чувственности, приводящим к изоляции, переутомлению, ощущению несчастья. *Опросник перитравматической диссоциации*: сумма по шкале – 33 балла из 45 (высокий уровень, сильная диссоциация, может быть фактором риска развития посттравматического стрессового расстройства). *Опросник подавления мыслей*: сумма по шкале 4,4 балла из 5 (показатель подавления мыслей 4,8 балла из 5, показатель вторжения мыслей 3,9 балла из 5 – высокие значения). *Шкала склонности к галлюцинациям*: 29 из 48 баллов (высокий уровень), баллы по отдельным шкалам: аудиальные – 12 баллов, визуальные – 5 баллов, тактильные – 7 баллов, гипнагогические/гипнопомпические – 6 баллов, «яркие мысли» – 8 баллов, «склонность к грезам» – 6 баллов, что указывает на склонность, частоту и интенсивность галлюцинаций, необычных сенсорных переживаний, субклинических галлюцинаторных феноменов.

## Обсуждение

Представленный клинический случай психического расстройства Анны А. ставит перед диагностами сложные и далекие от разрешения теоретические проблемы, сталкивающие новую клиническую реальность с представлениями классической психиатрии. В первую очередь это касается темы психопатологической квалификации выявляемых на основании жалоб пациентки с ПРЛ на наличие у нее «голосов в голове». Традиционно в психиатрии подобные феномены обозначаются как вербальные галлюцинации, и не предполагают иных трактовок явления. Помимо этого, проблемой становится возможное признание того, что при непсихотических психических или личностных расстройствах могут обнаруживаться отдельные психотические симптомы,

например галлюцинации. Еще одним дискуссионным аспектом современной психиатрии следует считать тему признания или непризнания наличия психологического (не мозгового) механизма формирования галлюцинаторных образов.

Случай Анны показывает, что у нее, наряду с типичными для ПРЛ клиническими феноменами, включенными в диагностические критерии по МКБ-11 и DSM 5, – страхом быть покинутой, нестабильными межличностными отношениями, диффузной идентичностью, импульсивностью, самоповреждающим поведением, аффективной неустойчивостью, чувством пустоты, трудностями с контролем гнева – обнаруживались «голоса в голове».

В связи с этим перед диагностами встал вопрос о том, обоснованно ли расценивать жалобы Анны на наличие «голосов в голове», «наличие сущностей» как признаки психоза. Следует отметить, что отношение к этим феноменам у пациентки было двойное: с одной стороны, она осознавала, что это происходит «не на самом деле», что «никого в голове фактически не существует» и никто не воздействует на нее магическим образом. Она понимала, что это ее «внутренние диалоги с самой собой». С другой стороны, настаивала на том, что, например, самоповреждения она нередко наносила не по своей воле, а под влиянием этих «сущностей», хотя соглашалась, что это она могла делать и без их «подсказок», с целью облегчить свое тягостное душевное состояние пустоты. Критичность по отношению к «голосам» и «сущностям» присутствовала всегда – пациентка не настаивала на том, что «слышит внутренние голоса, как слышит обычную речь», отсутствовало чувство «сделанности, навязанности». Еще одно противоречие усматривалось в том, что в некоторых случаях Анна стремилась к тому, чтобы «голоса и сущности возвращались» – она желала этого и не испытывала негативных эмоций по поводу того, что они «с ней... в ней». Считала, что иногда может их вызывать произвольно, например с помощью психоактивных веществ (алкоголя). Таким образом, обращал на себя внимание тот факт, что **жалобы на «голоса» и «сущности» нельзя было однозначно трактовать как обманы восприятия**. Обнаруживаемые феномены не подходили ни под критерии истинных галлюцинаций, ни под определение псевдогаллюцинаций. Однако психиатры, наблюдавшие Анну до последней госпитализации, однозначно сочли эти феномены галлюцинаторными и на этом основании выставили диагноз «шизотипическое расстройство».

Мнения современных ученых по поводу феномена «внутренних голосов» при ПРЛ разделились. Часть специалистов настаивает на том, что это явление следует рассматривать в рамках особых форм расстройств восприятия (вербальных галлюцинаций), другая часть отстаивает позицию, что данный феномен правомернее относить к расстройствам мышления и воображения, поскольку он характеризуется фантазийностью в отношении интерпретации внутренних переживаний и критичностью. К тому же он не сопровождается никакой бредовой интерпретацией «голосов» (размышления

Анны о том, что в ней сосуществуют две сущности правильнее трактовать как диффузную идентичность, небредовую деперсонализацию).

Ранее мы отмечали [3], что в связи со сложностями квалификации психопатологических феноменов в случаях жалоб пациенток с ПРЛ на наличие «голосов» значимым становился вопрос о дифференциальной диагностике вербальных галлюцинаций с иными формами обманов восприятия и мышления. В современной зарубежной литературе высказывается мнение о том, что обманы восприятия при ПРЛ следует причислять не к галлюцинациям, а к псевдогаллюцинациям, но особого рода [17]. В отечественной психиатрии подобные обманы восприятия традиционно обозначались как психические галлюцинации, иногда использовался термин «галлюциноиды» [24]. По мнению В.И. Крылова [25], галлюциноиды не «вписываются» в реальную действительность, при них отсутствует чувство сделанности или наведенности, а отношение больных к образам критическое с пониманием их нереальности. При них нередко происходит смешение понятия «звучание (собственных) мыслей» и «голоса». Этому феномену была посвящена работа В.М. Бехтерева «О слышании собственных мыслей» [26], в которой автор пришел к выводу, что *«галлюцинации слуха есть не что иное, как патология мышления, что галлюцинации возникают при фиксации больного на собственных мыслях», и что «если внимание больного сосредоточивается на собственных мыслях, то слуховой отзвук, превращающийся в галлюцинаторный образ, апперцептируется вслед за апперцепцией мыслей больного, и тогда больной слышит лишь повторение собственных мыслей»*. Высказывалась точка зрения о связи внутренней речи с вербальным галлюцинозом [27] и указывалось, что феномен *inner hearing* может predispose к вербальному галлюцинозу [28]. В этом ряду особо выделялось понятие «вербальное воображение», родственное понятию «внутренняя речь» [29], которая, в свою очередь, близка к вербальному галлюцинозу [30].

J. Beatson [31] утверждала, что появление вербальных галлюцинаций в рамках ПРЛ может ошибочно диагностироваться как шизофрения. Автор расценивала эти феномены как диссоциативные, имеющие корреляции с детской травмой и посттравматическим стрессовым расстройством. Отмечалось, что при этом отсутствуют формальные расстройства мышления, нет негативной симптоматики и «причудливых симптомов», а пациент сохраняет прежнюю коммуникабельность. Именно этими признаками и характеризовалось психическое состояние Анны А.

По мнению В. Руднева [32], галлюцинации представляют собой один из механизмов защиты Эго, относящийся к примитивным или архаическим защитным механизмам. Галлюцинации в этом случае выполняют функцию понижения тревоги, позволяя субъекту внутренние психологические переживания воспринимать как внешние физические явления. По мнению

М. Cavelti с соавт. [22], несмотря на то что концепция пограничного состояния исторически связана с психозом, психотические симптомы у людей с ПРЛ долгое время считались нереальными, преходящими или «псевдо» по своей природе. Развенчивая этот миф, авторы сослались на то, что (а) психотические симптомы в целом и слуховые вербальные галлюцинации в частности у людей с ПРЛ обнаруживают больше сходства, чем различий с симптомами у людей с психотическими расстройствами, и (б) что одновременное возникновение ПРЛ и психотических симптомов является маркером тяжелой психопатологии и риска неблагоприятного исхода (например, суицидальных наклонностей).

Таким образом, **феномен, который сама пациентка Анна обозначала как «голоса», которые она не приписывала кому-либо из конкретных или вымышленных людей и поэтому называла их «сущностями», не мог быть однозначно отнесен к расстройствам восприятия.** Он представлял собой защитный психологический механизм, позволявший пациентке справляться с тягостным душевным состоянием. По мнению О.А. Сагалаковой и соавт. [33], психологические травмы, которыми изобилует жизнь пациентов с ПРЛ, не могут вызывать галлюцинации, но способны трансформировать переживания в мультимодальный аффективный комплекс, характеризующийся искажением диалогичности, транслирующим отчужденный аффект. То есть «галлюцинации при межличностной травме являются динамическим результатом диссоциативного отчуждения и дисфункциональных метакогнитивных стратегий». Данный подход возвращает нас к дискуссии о потенциально возможном психогенном генезе галлюцинаций. Однако он же позволяет ставить вопрос о том, являются ли феномены «голосов» при драматизирующих формах личностных расстройств расстройствами восприятия или мышления.

Учеными предпринимались попытки обнаружить феноменологические различия в слуховых галлюцинациях между шизофренией и ПРЛ. Однако выявить какие-либо четкие дифференциально-диагностические критерии так и не удалось [34]. При этом ошибочная диагностика шизотипического расстройства взамен ПРЛ нацеливает на выработку дифференциально-диагностических критериев этих расстройств. В связи с этим можно выделить следующие критерии (см. таблицу).

Известно, что ошибочная диагностика ПРЛ чаще всего встречается в случаях обнаружения жалоб пациентом на «голоса в голове». По мнению ряда авторов [35], неправильное лечение таких пациентов, как если бы они страдали шизофренией или другим первичным психотическим расстройством, и отсутствие лечения ПРЛ может привести к значительному ятрогенному ущербу. Другие авторы [36] высказывают предположение о том, что могут существовать так называемые «непсихотические голоса». С их точки зрения пациенты часто персонифицируют свои голоса, рассматривая их как отдельных персонажей, с которыми они могут взаимодействовать и устанавливать отношения. Между че-

ловеком и «голосом» устанавливается тесная, но нестабильная связь, при которой «голоса» меняются в зависимости от настроения пациентов, их неуверенности, стресса и иных обстоятельств. Авторы делают вывод о том, что появление «непсихотических голосов» тесно связано с эмоциональным опытом. В отличие от стандартных описаний голосов при таких расстройствах, как шизофрения, пациенты с ПРЛ описывают сложную и двустороннюю связь со своими голосами.

А. Moskowitz и соавт. [37] приходят к выводу, что появление слуховых галлюцинаций при ПРЛ бросает вызов медицинскому взгляду на феномен вербальных галлюцинаций как на психотический симптом. Авторы ссылаются на работу Д. Корстенса и Э. Москвицема «Слуховые галлюцинации: психотический симптом или диссоциативный опыт?», в которой утверждается, что слуховые галлюцинации лучше понимать как по сути нормальное и диссоциативное явление, а не как патологическое и психотическое. С их точки зрения, людям, слышащим голоса, идут на пользу диалогические подходы, направленные на понимание цели их голосов и изменение отношения к ним.

В работе S.W. Strawson и соавт. [38] высказывается мысль о том, что слуховые галлюцинации у пациентов с ПРЛ в первую очередь обусловлены аномальными перцептивно-когнитивными механизмами обнаружения сигнала. Сходную научную позицию занимают М. Cavelti, К. Thompson [39], утверждающие, что именно **когнитивная модель вербальных галлюцинаций может быть применена для понимания происхождения «голосов» при ПРЛ.**

Проблема вербальных галлюцинаций как расстройств восприятия в последние годы стала подвергаться серьезному критическому осмыслению [40–45]. Особенно ярко это представлено в фундаментальной работе «Феноменология слуховых вербальных галлюцинаций при шизофрении: ошибочное восприятие или что-то еще?» [46], в которой под сомнение ставится классическое представление о том, что вербальные галлюцинации – это восприятие «чего-то, чего нет», «восприятие без объекта». Высказывается мнение о том, что при галлюцинациях мы имеем дело не с подделкой реального восприятия, а с совершенно иным переживанием, которое может быть описано как «озвученная мысль» или «чужое мышление». Слуховые галлюцинации в этом контексте становятся маркером глубокой трансформации структуры сознания, они свидетельствуют о нарушении границ субъективности, о расщеплении внутреннего и внешнего, о потере авторства собственных мыслей. С феноменологической точки зрения слуховые вербальные галлюцинации следует понимать как выражение нарушенного чувства самости или нарушение базового уровня субъектно-го бытия [46].

## Заключение

Таким образом, проведенный анализ случая Анны А. и его сопоставление со сходными клиническими случаями позволяет предполагать, что жалобы пациентов

**Дифференциально-диагностические критерии ПРЛ и шизотипического расстройства***Criteria for differential diagnosis of borderline personality disorder (BPD) and schizotypal personality disorder (StPD)*

Показатель	ПРЛ	Шизотипическое расстройство
Аффекты	Выраженная эмоциональная нестабильность, интенсивный гнев	Уплощенный или неадекватный аффект, эмоциональная отстраненность
Межличностные отношения	Страх быть покинутым, нестабильные отношения, чередующиеся между идеализацией и обесцениванием	Социальная изоляция, дискомфорт в близких отношениях, отсутствие потребности в большом количестве связей
Когнитивные/ перцептивные симптомы	Кратковременные, связанные со стрессом, квазипсихотические симптомы	Странные убеждения, магическое мышление, необычные ощущения, подозрительность, странности в поведении и речи
Импульсивность	Высокая импульсивность, селфхарм, рискованное поведение, злоупотребление психоактивными веществами	Импульсивность обычно не является ключевым симптомом

с ПРЛ на наличие «голосов в голове» нельзя однозначно причислять к расстройствам восприятия и обозначать термином «вербальные галлюцинации». Неверная трактовка данных феноменов на практике часто приводит к ошибочной диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (чаще шизотипического расстройства), что влечет за собой неадекватное назначение антипсихотиков. Феномен «голосов в голове» следует рассматривать как симптом диссоциативного ряда, относимый в первую очередь к наруше-

ниям мышления и воображения. Дальнейшие психопатологические исследования позволят найти этому явлению более точное определение и место в реестре психопатологических симптомов.

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

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

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

**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](mailto:mendelevich_vl@mail.ru); ORCID: 0000-0002-8476-6083; eLibrary SPIN: 2302-2590 2

**Нестерина Мария Кирилловна** – ординатор каф. психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ». E-mail: [mari.nesterina@mail.ru](mailto:mari.nesterina@mail.ru); ORCID: 0000-0001-6901-5903; eLibrary SPIN: 5974-4048

Поступила в редакцию: 15.01.2026

Поступила после рецензирования: 30.01.2026

Принята к публикации: 05.02.2026

**INFORMATION ABOUT THE AUTHORS**

**Vladimir D. Mendelevich** – Dr. Sci. (Med.), Full Prof., Kazan State Medical University. E-mail: [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru); ORCID: 0000-0002-8476-6083; eLibrary SPIN: 2302-2590 2

**Maria K. Nesterina** – Resident, Kazan State Medical University. E-mail: [mari.nesterina@mail.ru](mailto:mari.nesterina@mail.ru); ORCID: 0000-0001-6901-5903; eLibrary SPIN: 5974-4048

Received: 15.01.2026

Revised: 30.01.2026

Accepted: 05.02.2026