

**РЕЗИДУАЛЬНОЕ ПСИХОТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ВСЛЕДСТВИЕ
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ ИЛИ ШИЗОФРЕНИЯ?
(КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР)**

**Виктор Александрович Солдаткин¹, Владимир Давыдович Менделевич², Юрий Павлович Сиволап³,
Александр Иванович Ковалев^{1,4}, Игорь Александрович Лубянка⁴**

¹Ростовский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, e-mail: sva-rostov@mail.ru, ²Казанский государственный медицинский университет, кафедра медицинской психологии, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: mend@tbit.ru, ³Первый Московский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и медицинской психологии, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, e-mail: yura-sivolap@yandex.ru, ⁴Ростовский государственный медицинский университет, психотерапевтическое отделение клиники, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, e-mail: lu-bjanko@yandex.ru

Реферат. Представлен клинический разбор пациента, посвященный актуальной проблеме психиатрии и наркологии – последствиям приема современных психоактивных веществ. Является ли развитие психопатологии прямым следствием этого приема, или происходит провокация скрытого ранее психического расстройства – вопрос, неизменно вызывающий дискуссию. В традициях отечественной медицины она может вестись «у постели больного», иметь характер дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: психоактивные вещества, психоделики, психостимуляторы, шизофрения, депрессия.

**RESIDUAL PSYCHOTIC DISORDER AS A CONSEQUENCE
OF PSYCHOSTIMULANTS USE OR SCHIZOPHRENIA?
(CLINICAL ANALYSIS)**

Viktor A. Soldatkin¹, Vladimir D. Mendelevich², Yury P. Sivolap³,
Alexander I. Kovalev^{1,4}, Igor A. Lubyanko⁴

¹Rostov State Medical University, Department of Psychiatry and Narcology, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevan Ln., 29, e-mail: sva-rostov@mail.ru, ²Kazan State Medical University, Department of Medical Psychology, 420012, Kazan, Butlerov str., 49, e-mail: mend@tbit.ru, ³First Moscow State Medical University, Department of Psychiatry and Medical Psychology, 119021, Moscow, Rossolimo str., 11, e-mail: yura-sivolap@yandex.ru, ⁴Rostov State Medical University, psychotherapeutic department of the clinic, 344022, Rostov-on-Don, Nakhichevan Ln., 29, e-mail: lu-bjanko@yandex.ru

The article is devoted to the topical problem of psychiatry and narcology – the consequences of modern psychoactive substances use. Is the psychopathology development a direct consequence of this usage, or is there a provocation of a previously hidden mental disorder – a question that invariably provokes a discussion. In the traditions of Russian medicine, such a discussion can be conducted “at the patient’s bedside”, may have the character of differential diagnosis. This approach is reflected in the article.

Key words: psychoactive substances, psychedelics, psychostimulants, schizophrenia, depression.

Пациент Алексей, 1996 г.р., 20 лет. Дед по отцовской линии страдал гипертонической болезнью, умер в 73 года от инсульта. У двоюродной тети по линии отца было психическое заболевание, лечилась в психиатрической больнице, умерла в возрасте около 57 лет. Бабушка по отцовской линии

умерла в возрасте 66 лет от рака прямой кишки. Дядя по отцовской линии в возрасте 56 лет умер от тромбоза, страдал ИБС. У двоюродного дяди по отцовской линии сахарный диабет 1 типа. У двоюродной тети со стороны отца – сахарный диабет. Отец злоупотреблял алкоголем, употреблял запойно (до 10 дней) после 30 лет, в ремиссии в течение одного года. Прадед по материнской линии злоупотреблял алкоголем с частотой раз в неделю. Дед по материнской линии злоупотреблял алкоголем (регулярное употребление), страдал ГБ, ИБС, умер от инсульта в возрасте 65 лет.

Пациент рожден от третьей беременности, протекавшей с токсикозом 1 и 2 половины, хр. гипоксией плода, хр. эндометритом. Роды срочные. Масса при рождении 3500 кг, длина 51 см, по шкале Апгар 7-8 баллов. Был на грудном вскармливании до 5 мес. С детства страдал пищевой аллергией, атопическим дерматитом. Раннее психофизическое развитие соответствовало возрастным нормативам. Мать родила его в возрасте 28 лет, отличалась спокойными, уравновешенными чертами характера. Отец с детства вспоминается строгим, на момент рождения пробанда ему было 34 года.

Посещал детский сад, с детьми общался без проблем, не любил рано вставать. Был активным, коммуникабельным ребенком. С пяти лет играл в шахматы, хорошо считал, участвовал в городских соревнованиях. В возрасте 4-5 лет перенес импетиго. В 5 лет несколько раз переболел отитом. Перенес ветрянку оспу в возрасте 8-9 лет.

В школу пошел подготовленным в 6 лет, умея читать и писать. Учился без проблем, больше нравилась математика, однако усидчивости не было. В 10 лет несколько месяцев ходил в секцию по боксу. С 3 до 7 лет много лепил из пластилина с очень мелкой детализацией, любил собирать конструктор. В 10 лет родители развелись – мать стала адептом секты Свидетелей

Иеговы. Свою реакцию на это событие не помнит. Сначала ушел жить к матери, но поскольку она брала сына на собрания верующих, то отец поставил вопрос «либо секта, либо семья». Стал проживать у отца, тем более, что с отцом «было более свободно жить». В 9 классе стал ходить на курсы физико-математической школы ЮРГУ, а затем и перешел в нее. Вместе с ним туда перешли и еще 5-6 человек из класса, так что проблем с адаптацией не было.

В 10 классе стал встречаться с девушкой. Была взаимная влюбленность, их отношения продолжались около трех лет. С 11 класса занимался углубленно с репетитором по математике и физике. Принимал участие в олимпиаде МГУ и Московского физико-технического института. В 2013 году прошел по конкурсу в МГУ и в МФТИ (факультет проблем физики и энергетики, математического моделирование физических процессов). Хотел поступать на теоретическую физику («потому что круто»), однако по рекомендации отца выбрал МФТИ.

С 12 лет со сверстниками регулярно выпивал по паре банок алкогольного коктейля летом, иногда до 1,5 литра «блейзера». В холодное время это бывало 2-3 раза в неделю. Такое употребление продолжалось до 14 лет. В 7 классе началось экспериментирование с ПАВ – пробовал триган Д (10 штук). Испытывал при этом зрительные галлюцинации. Первая проба марихуаны в школе по механизмам исследования и группирования. «Было смешно». В 10 классе ездил в Амстердам, где пробовал гашиш. Представления при его употреблении были очень яркими, «проносился по воспоминаниям, многое осознавалось». В 11 классе пробовал цикламед в каплях (2-3 пробы), но ему не понравилось. Учась в вузе с 2013 по 2015 гг., употреблял марихуану с различной интенсивностью, практически каждый день («для большей концентрации на целях, улучшало пространственную ориентацию, добавляло эмоциональности, были более рациональными мысли»). При этом в учебе особенного усердия не проявлял.

В 2015-2016 гг. с целью экспериментирования начал принимать психоделики: ДОБ, ДОК (производные фенилэтиламина), что «усиливало ощущения, осознанность, понимание эмоций, давало силы для понимания того, что происходит внутри», считал, что это «делает его лучше». Во время сессий употреблял амфетамины для повышения работоспособности, при этом сохранялось употребление марихуаны. Пробовал разные вещества, затем перешел на MDMA («давало открытость, желание общаться с людьми»). К концу 2015 г. отношения с девушкой стали ухудшаться, «зациклился на своих делах», в начале 2016 г. (третий курс) ушел в академический отпуск. Весной 2016 г. расстался с девушкой, потому что они «отдались». Она знала об употреблении ПАВ, относилась поначалу к этому как к личному выбору, позже стала переживать, высказывать свое недовольство. Снизилась активность сексуальной жизни.

Родители об академическом отпуске ничего не знали. Продолжал экспериментирование с психоделиками. На фоне приема ПАВ стали возникать негативные последствия – «потерял осознание направления, в котором двигался раньше, просто наблюдал за эмоциями, не мог угнаться за ними». В октябре 2016 г. появилось ощущение восприятия своих эмоциональных переживаний в виде цветového восприятия («ранее эмоций не ощущал так»). При изменении цветов начинал сомневаться, правильно ли поступил, поскольку изменение цвета расценивал как некую реакцию на происходящее со стороны тела. Стал более замкнутым, молчаливым. Фон настроения снизился. Сознался отцу в употреблении ПАВ, обратились в наркологическую службу, однако врач, пообщавшись с пациентом, порекомендовал консультацию психиатра. Последнее употребление ПАВ – 13.12.16.

Со слов отца, со второй половины 2015 г. у Алексея появилась повышенная активность – увлекся биохимией, стал активным эмоционально и физически, ходил в тренажерный зал, увлекся правильным питанием, внешне вел здоровый образ жизни (сам пациент этого не подтверждает, продолжал потреблять ПАВ). Алексей дает несколько иную трактовку тех событий. С зимы 2015 г. начал встречаться с девушкой (практически сразу стали жить вместе) и повышение настроения связывает с их отношениями. «Хотел соответствовать ее душевным качествам». При этом признает, что активно со всеми общался. Появился интерес к работе мозга, смотрел лекции в Интернете, читал литературу по нейрхимии. Стало появляться в связи с полученными знаниями понимание «почему это происходит». Возникло ощущение «зоны мозга, откуда это берется». Летом 2016 года активность постепенно снизилась, стал более задумчивым, периодически смотрел в одну точку, объясняя это тем, что «пытался познать свои эмоции». Осенью появилась апатия, безразличие. Стал отвечать на вопросы с задержкой, narосла заторможенность. Возникли трудности в общении, так как был фиксирован на анализе своих ощущений.

При поступлении предъявлял жалобы на снижение уверенности, тревожные переживания по поводу «правильности своего восприятия». Отмечает, что сны «стали более непонятными, абсурдными». Есть постоянное ощущение «внутри, о чем надо подумать», «слова не описывают, то, о чем я думаю и что чувствую». Более подробно конкретизировать не может.

Соматоневрологический статус без особенностей.

Психический статус при поступлении в стационар: сознание ясное. Ауто- и аллопсихически ориентирован правильно. Заторможен. На вопросы отвечает после длительных пауз. Пытаясь сформулировать свои ощущения, зачастую сбивается, пытается формулировать заново. Высказывает сомнения в своих умозаключениях. Темп речи замедлен, мимические реакции скудные. Низкая эмоциональная экспрессия речи и пантомимики. Фон настроения снижен. При посту-

плении предъявляет жалобы на снижение уверенности, тревожные переживания по поводу «правильности своего восприятия». Отмечает, что сны «стали более непонятными, абсурдными». Есть постоянное ощущение, что «внутри о чем-то надо подумать», «слова не описывают, то, о чем я думаю и что чувствую». Более подробно конкретизировать не может. В беседе временами описывает собственные концепции работы мозга и органов, однако это высказывает в плане гипотезы и в дальнейшем к ней не возвращается. Например, *«кишечник распределяет количество энергии, что сколько какому органу необходимо. Это как «замыкание» на какой-то вид эмоции, которая потом проявляется. Это можно ощущать в теле и в некоторых участках мозга»* или *«...под каждую работу собирается определенная система и в ее узлах собирается определенное количество медиаторов, если я перескакиваю в другое состояние, происходит как бы щелчок и высвобождаются медиаторы, которые могут заблокировать мысль, которая противоречит созданной системе»*. Эти высказывания в процессе бесед претерпевали некоторые изменения. Пациент постоянно сомневался в своих ощущениях и концепциях, объясняющих происходящие в организме субъективные изменения. Мышление зачастую непоследовательное. Испытывает зрительные обманы в виде калейдоскопических узоров перед собой, которые меняются в зависимости от эмоционального состояния. Во время беседы постоянно совершает манерные стереотипные движения руками, заметны парамимии. Критика снижена.

Результаты психологического исследования (психолог Христич О.Б.)

В начале беседы явно напряжен, на вопросы психолога отвечает после длительной паузы, чаще односложно, неохотно. Выражение лица отрешенное, эмоциональные реакции недовольно-монотонные. По мере установления относительно доброжелательного контакта становится более разговорчивым, эмоциональные реакции приобретают окраску, более адекватную теме беседы, но, несмотря на высказываемую потребность разобраться в себе, уклоняется от обсуждения лично значимых тем.

Сам пациент в момент обследования жаловался на пассивность, вялость, невозможность контролировать свои эмоции и отчаяние из-за непонимания самого себя. Снизилась потребность в общении, которое приобрело формальный характер. Но свое изменившееся состояние с приемом психоделиков не связывает, считая их «безобидными» препаратами.

При переходе к экспериментальной части исследования, несмотря на внешнюю отстраненность, легко понимал и правильно усваивал инструкции к новым заданиям, которые выполнял в несколько замедленном темпе, но достаточно продуктивно. Кривая непосредственного заучивания 10 слов – 10-10-10, в ретенции

9 слов, что указывает на хороший объем воспринимаемой информации, способность к ее заучиванию, удержанию и последующему воспроизведению. Не выявлено и значимых нарушений процесса внимания.

Исследование мыслительной деятельности выявляет тенденцию к фиксации на малосущественных деталях с ожиданием возможного «подвоха», некоторую «расплывчатость», а порой и противоречивость суждений, наличие единичных, негрубых смысловых соскальзываний, при этом отсутствуют явные искажения процесса обобщения и выраженные нарушения целенаправленности логических построений. Старается обосновать и отстоять правомерность своих суждений, но выявляет способность и к разумной коррекции. Формально правильно выделяя существенные признаки и демонстрируя способность к образованию достаточно сложных обобщений, испытывает трудность при необходимости дать последовательное объяснение принятому решению или четко сформулировать сам обобщающий и понятийный признак. Опосредование эмоционально насыщенных понятий пиктограммы происходило без видимых затруднений, но подбираемые образы были лишены личностной значимости и ограничивались формальным изображением солнца, цветов, флажков. Продуктивность их последующего воспроизведения – 90%. В целом, результаты исследования процессов мышления указывают на определенную трудность его саморегуляции в рамках изменения личностно-мотивационного компонента при относительной сохранности операционального компонента мышления.

Более выраженные изменения выявлялись в аффективно-личностной и эмоционально-волевой сферах. Неудовлетворенная потребность в уважении и признании со стороны значимых лиц, недостаточно развитые навыки равноправного, а тем более доминирующего общения привели к желанию «приукрасить» себя, завоевать расположение окружающих не реальными достижениями, а попытками «подстроиться» под их интересы, сохраняя, таким образом, их мнимое расположение. Понимание собственного несовершенства привело, с одной стороны, к стойкому снижению самооценки, а, с другой – к необходимости постоянного контроля ситуации с ощущением угрозы, опасности, хронического внутреннего напряжения. Ведущая мотивация – избегание неуспеха.

Тенденция показать себя более независимым и успешным, чем это является в действительности, имела место даже в процессе настоящего исследования, особенно при проведении самооценки. Первой его реакций, как правило, была более высокая оценка своих личностных качеств (общительность, уверенность, активность, самостоятельность, сила воли), далее следовало некоторое снижение данной первоначально оценки, но и она была значительно выше реальной. В то же время указывал и на присущую

ему ранимость, тревожность, застреваемость на негативно окрашенных переживаниях. Затем признался в постоянном желании «прихвастнуть» и в безуспешной потребности понять самого себя.

Исследование аффективно-личностных особенностей с применением специально направленных методик (ММП1, тест Люшера) указывает на пассивно-оборонительную позицию, смешанный тип реагирования, высокую чувствительность к критическим замечаниям, степени принятия себя. При этом недоверчивость парадоксально сочетается с внушаемостью, нешаблонность восприятия – с тенденцией к систематизации, а ирреальность чувств – с трезвостью суждений и стремлением настоять на своем. Внешнее дружелюбие и уступчивость сопровождаются подозрительностью, обидчивостью по поводу непризнания своего авторитета. В результате, высокие притязания постоянно сталкиваются с невозможностью реализации своих надежд и намерений, вызывая чувство обманутого доверия, разочарования и ощущения себя в роли жертвы. Попытки разобраться в себе оказываются безуспешными (несмотря на копание в интернете, построение схем и т.д.).

Профиль личности ММП1 (8 ! (=110 Т-баллам) 7*69123'450-/2:15:11) указывает на отчетливое заострение шизоидных черт с наличием стойких и длительных отрицательных эмоциональных переживаний, с ощущением непонятности, изолированности, выраженной дистанцией между собой и окружающим миром. Поскольку, в силу неудовлетворенности и ранимости, у него нет четкого представления о реальной социальной ситуации и об истинных межличностных отношениях, именно они оказываются источником постоянной напряженности. Несмотря на отсутствие (по результатам ЭПИ) выраженных специфических структурных нарушений мышления, его высказывания недостаточно последовательны, отличаются нечеткостью формулировок, что создает дополнительные коммуникативные сложности. А стремление ликвидировать свою отгороженность и быть «принятым» порождает определенную зависимость, связанную с надеждой внимания к себе и страхом быть отвергнутым.

Таким образом, результаты ЭПИ указывают на выраженное внутреннее напряжение, тревожность, склонность к фиксации на обдумывании аффективно насыщенных идей, наличие длительно существующего чувства душевного дискомфорта, изолированности, непонятности, возможной угрозы, исходящей от окружающих, что, в большей степени, характерно для шизоидной акцентуации. Но, учитывая нерезкие, но имеющие место, изменения в личностно-мотивационном компоненте мышления, некоторое снижение критичности, своеобразие суждений и восприятия, нельзя исключить инициальный период процессуального заболевания.

МРТ головного мозга от 20.01.17 МРТ- признаков патологии головного мозга не выявлено. ЭЭГ от 20.01.17: Выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности с признаками регуляторно-органической дисфункции. Дизритмичный, дезорганизованный тип ЭЭГ. Альфа ритм значительно дезорганизован, средней амплитуды, среднего индекса, нерегулярный (с разбросом частот 8,1–10,4 Гц), не локализован. Модуляции по амплитуде отсутствуют. Бета-ритм высокого индекса, средней амплитуды, низкой частоты, не локализован. На фоне полиморфной активности тета-активность в виде групп волн частотой 6,0 Гц, амплитудой до 35 мкВ, наиболее выражена в левом полушарии. Реактивность мозговых систем снижена. При проведении фотостимуляционных проб на ФТ-10 отмечается замедление биоэлектрической активности в правой заушной и правой переднелобной областях. При проведении гипервентиляции отмечается замедление в биоэлектрической активности в лобно-центральных областях. Биохимия крови от 19.01.17: глюкоза 4,1 ммоль/л, амилаза 62 Ед/л, АСТ 46 U/l, АЛТ 29 U/l, билир. общ. 36,6 мкмоль/л, прям. билирубин 15,0 мкмоль/л, Дексаметазоновый тест уровень кортизола 19.01.17. 652,21 нмоль/л, 20.01.17 (после нагрузки дексаметазоном) – 34,84 нмоль/л. Биохимия крови от 03.02.17. Белок общий – 67 г/л, альбумин 39,7 г/л. Биохимия крови от 09.02.17. АСТ 43 U/l, АЛТ 75 U/l, билир. общ. 13,3 мкмоль/л, щелоч. фосф. 154 Ед/л, ГГТП 27 Ед/л. УЗИ органов брюшной полости от 10.02.17. Заключение: УЗ признаки метеоризма, неоднородного содержимого в желудке, умеренных диффузных изменений поджелудочной железы.

Проведено лечение: Sol. Reamberini 400,0 в/в капельно, Sol. Nartii Thiosulphati 1,0 + Sol. NaCl 0,9% 200,0 в/в капельно, Sol. Unithioli 10,0 + Sol. NaCl 0,9% 200,0 в/в капельно, Sol. Heptrali 400 mg + Sol. NaCl 0,9% 200,0 в/в капельно, Tab. Fevarini 0,175/сутки, Tab. Sedaliti 0,3/сутки, Tab. Olanzapini 0,0025 /сут. Проведено пять процедур плазмафереза.

Беседа с пациентом (ведущий В.А. Солдаткин). Здравствуйте, Алексей! У нас сегодня консилиум, в аудитории только врачи, все психиатры, все знают, что врачебная тайна – вещь очень важная, т.е. мы сохраним анонимность. – Как Вы сейчас себя чувствуете? – *Конкретно сейчас не очень хорошо. Я пропил курс антибиотиков, у меня второй день диарея, на этом фоне скачет настроение, в связи с последними событиями состояние не очень хорошее.* – Антибиотики пили из-за болезни кишечника? – *Да. У меня дисбактериоз обнаружили.* – Кишечник давно беспокоит? – *Сложно сказать, лет в 13, наверное, был небольшой гастрит, тогда я обследовался у гастроэнтеролога. В раннем детстве какие-то таблетки с бактериями я пропивал, но это уже не на моей памяти, по словам родителей.* – В 13 лет как гастрит проявлялся? – *Запах изо рта.*

Я вспоминаю, что питание было не очень сбалансированное. Я жил с отцом, он стремился, чтоб стол был наиболее вкусный и не следил за такими вещами, как, например, не есть вечером мясо. Это сказывалось на мне, например, запах изо рта приходилось жвачкой зажевывать, при общении с людьми я старался отдалиться, учитывая это. – Вы сами на запах обращали внимание или люди как-то отшатывались от Вас? – Скорее сам, иногда было ощущение, что во рту что-то не так. – А были случаи, что кто-то из окружающих подтверждал, говорил – слушай, у тебя проблема? – Нет. – Это Ваша была жалоба, «у меня пахнет изо рта, папа, отведи меня к гастроэнтерологу»? – Нет, это не было главной причиной. Может, даже какие-то жалобы на живот были. Это было замечено отцом в общении с ребятами, или это был просто комплекс, либо я удачно зажевывал. – А вообще комплексов у Вас было много в тот период? – Я не скажу, что я закомплексованный человек, но при этом, я думаю, такие имеются. – Какие свои комплексы Вы считаете самыми стойкими? – Это из личного. – Это комплекс из личной интимной жизни? – Да, это в самом занятии сексом. Есть какой-то потенциальный страх, что я сделаю все недостаточно хорошо, что не удовлетворю девушку. Поэтому это можно сравнить с запахом изо рта, т.е. постоянно на что-то обращается внимание. – Вам присуща эта черта: что-то тревожит, на это обращается внимание, фиксируетесь, переживаете? – По-разному, скорее в последнее время в связи с некоторыми психическими отклонениями это стало чертой, т.е. появился некий потенциальный страх. Вы ознакомились с моей историей, знаете, зачастую бывает, когда происходят какие-то изменения в визуальных эффектах, которые я наблюдаю... – Продолжаете наблюдать? Они не ушли полностью? – Нет, они становились меньше, больше. – Вы и сейчас свои эмоции видите в виде калейдоскопа или как это правильно назвать? – Больше на калейдоскоп похоже, потому что это обычно как некоторые такие многогранники разных цветов, крутящиеся в разные стороны. – Это только в одном месте, куда Вы смотрите, или это объемно вокруг Вас? – Объемность – это одна из нынешних проблем относительно пространственной ориентации, т.е. я сейчас не могу представить объемные объекты. – Почему? Что мешает? – Эти расстройства, которые получились вследствие того, что я обращал внимание на некий конфликт, я подходил к нему и в некий момент то ли обстоятельства, то ли не хватило сил, то ли какая-то причина, когда я перестал понимать что происходит, и как бы эмоции, основывающиеся на страхах каких-то, стали преобладать в том, что происходит. И если представить пространство для работы воображения, представить, что есть проекторы, которые создают изображение, то на фоне этих

эмоций, подогреваемых страхами, вот полотно стало как бы выдавливать это объемное изображение, и оно стало проецироваться на... – Леша, Вы же математик, правда ушедший из вуза, математики люди с четким мышлением, Вы сами понимаете что Вы говорите очень обтекаемо, Вас трудно понять, или Вы считаете, что предельно ясны в изложении? – Я считаю, что Вы психолог и должны понять меня. – Вы полностью управляете своим мышлением, своим течением ассоциаций или они вышли из-под контроля? – Сейчас благодаря лечению я как раз стал вводить в свою жизнь некие последовательности занятий разными вещами, это и прогулки, и занятия своими делами, и готовка, последовательность этих дел нормализует состояние... – И Вы выходите из состояния, которое назвали расстройством? У Вас было расстройство психическое? – Да, и я думаю оно и сейчас есть, т.е. я этими делами нормализую свое поведение, когда человек чем-то занимается, он видит результат, это придает сил. – Вы сейчас видите результат? – Да, но в последние дни из-за кишечника проблемы. – Как Вы думаете, расстройство Ваше с чем связано? Вы его сами связываете с наркотическими препаратами или нет? – Я это представлял, постарайтесь меня понять, есть работа подсознания и учитывая мой вот этот конфликт, то подсознание с двух сторон активизирует какие-то эмоции, какие-то физические процессы, происходящие в организме. Употребление веществ давало некий..., как бы его назвать... представьте, если эмоции это солдатик, то давало солдатику меч, и когда я контролировал это сражение, то действительно прорубал лес к заветному месту. – Сейчас то ли у меня получилось, то ли Вы так классно сказали, абсолютно понятная мысль! – Когда я перестал осознавать часть армии, она стала прорубать в психике куда-то в неизведанную мною область, что привело к тому что страхи выдавили..., если это плохо звучит я просто так сказал, потому что не знаю как описать работу трехмерного воображения с учетом того, что у меня его нет. – Вас уже десятки раз спрашивали, и все же: папа считает, что у Вас было что-то с настроением до лета, что оно было то ли избыточно активным, то ли приподнятым, то ли слишком увлеченным, Вы считаете что оно было ровным, Вашим обычным, просто нравилась нейрохимия, можете прокомментировать? Что происходило до лета 2016 года? – Я вел осознанную жизнь, как мне казалось, сделаю поправку, как это было на самом деле – я сейчас не могу сказать, и настроение мое по жизни менялось периодически. Взгляд моего отца..., я понимаю, что мнение родителей считается авторитетным, но хочу сказать, что у этого человека тоже случаются проблемы и с психикой, и с алкоголем, у него всю жизнь эти проблемы наблюдаются. Я призываю вас прислушиваться к его мнению как просто к предложениям с какой-то инфор-

мацией, не подкрепляясь каким-то эмоциональным порывам, с какими он все это говорил, потому что, как мне кажется, он зачастую неразумный человек во многих вопросах. – Вы сами себя зависимым от какого-либо вещества считаете? – Да, это были психоделики, т.е. это были разные вещества, которые я чередовал, они как раз придавали оружие внутреннему состоянию, что придавало и сил, и сознательности. – Устраняло неприятности или доставляло радость, удовольствие? – Доставляло радость, удовольствие само вещество, а вот в употреблении виделась какая-то эстетика, что ли. – А были моменты, когда не могли купить, достать препарат, и из-за этого развивался дискомфорт, абстиненция? – По поводу зависимости, у меня был период, когда я долго употреблял марихуану и после этого я без каких-либо проблем избавился от этой привычки и получалась ситуация такова, что когда вещество есть, то есть зависимость, когда его нет, то и ладно, можно чем-нибудь другим позаниматься. Амфетамин использовался для учебы, повышал концентрацию внимания, дозировку я контролировал – по 15 мг, на сессию максимум 50 мг выходило. Зависимости от веществ в принципе никогда не было, они помогли учиться, а зависимость сложилась психологическая именно от психоделиков в плане того, что они стали встраиваться в планирование, т.е. когда возникает какое-то дело интеллектуальное, нужно что-то продумать, интуитивно влазила мысль, что было бы классно употребить. – Соли, спайсы пробовали? – Соль нет, спайс пару раз пробовал, эффект явно негативный. – Что было не так со спайсом? – Я могу свои субъективные переживания рассказать, эффект который он вызывает – не нужен, мне он был неприятен. – Было от чего-то из проб то, что называют на сленге «измена» – какие-то угрожающие, тревожные ощущения, с видениями негативными, с потерей контроля над собой? – Как раз от спайса было подобное ощущение, я не могу описать, каннабиноиды вызывали у меня ощущение некоего периферийного оцепенения какой-то мысли, т.е. в обычном состоянии мозг работает линейно, а под действием каннабиноидов это как водоросли огибают камень. Под действием спайса я перенесся, как мне казалось, в центр страхов и ощущал нейронную цепочку, которая проходит посередине позвоночника, делает круг через мошонку и отвечает за потомство, за самый основной инстинкт передачи потомству выживания. Это инстинктивная основа, и все эти ощущения, страхи, были направлены именно на нее, пытались ее уничтожить, разрушить, я ощущал дрожание в своем пахе, это были реальные ощущения, не субъективные. Я понял, что психика может сломаться, может произойти нечто ужасное, я сказал людям, которые были рядом, что мне нужен покой, ушел в комнату и каким-то образом договорился с собой, что ли, или выбрался из того состояния.

В.Д. Менделевич: Леша, что ты считаешь психическим расстройством? – Цвета, которые я вижу, они находятся перед глазами в подсознании. – Это психическое расстройство? – Я считаю, что если что-то из нижних структур мозга вылезает в верхние, то это ненормально. – Это же просто образ? – Дело в том, что та система ценностей, которая раньше мной ощущалась интуитивно, на которой я основывался в детстве, она стала разрушаться под действием каких-то внутренних убеждений, мне кажется, что это какие-то семейные моменты... – Мы не причину ищем, мы описание хотим услышать. Образы эти – психическое расстройство или то, что тебе мешает мыслить? – Мне кажется, что образ – это когда я представляю, например, ромашку, стебель одного цвета, лепестки другого, у меня эти образы начинают происходить зачастую неосознанно и тот узор, который состоит из нескольких цветов, он может хаотично встраиваться в этот образ, т.е. это не четкие упорядоченные изображения из нескольких цветов, а как шум какой-то я вижу. – Сейчас есть, ты видишь? – Да, я могу посмотреть и увидеть. – Сюда, например, посмотри, потом сюда, в другую сторону, перемещается? – Сейчас, из-за того что я с разными людьми разговариваю и постоянно внимание бегаю, это как какие-то потоки. – А если закрыть глаза? – Красно-желтые такие как всполохи. – Такой же интенсивности, как наяву? – То, что раньше с закрытыми глазами было черным и некая мелкая рябь, сейчас картина стала противоположной, т.е. черное становится цветастым, а рябь – она как раз таки черная. – Ты видел эти образы, когда употреблял психоактивные вещества? – Под действием веществ визуалы наблюдаются на периферической области зрения, т.е. фокус остается более-менее четким, а потом начинает расплываться. Сейчас у меня вокруг той области, на которую я смотрю, вокруг фокуса наблюдаются некие энергетические потоки, назовем их так, которые каким-то образом отображаются... – Я понял, спасибо, ты подробно описывал лечащему доктору что у тебя с кишечником происходит, сейчас это есть, ты не ослабил интерес к этому? – Вот пропили курс антибиотиков, он сказался на том, что ощущения кишечника стало менее четким, но все-таки есть связь с кишечником. Ту картину, которую я строю, она может не соответствовать действительности, человек видит то, что он хочет видеть и с учетом того, что есть некий внутренний конфликт, недопонимание, то эта картина будет использоваться как за, так и против меня. Поэтому я свой интерес к этой области ослабил и живу больше сейчас такой человеческой жизнью. – Последний вопрос про человеческую жизнь: что происходит, чем занимаешься? – Взлся за детское хобби – из пластилина леплю, не получается долго за этим сидеть. – Книги читаешь? – Книги, тут

надолго внимания не хватает, страница, две, потом нужно делать перерыв. – Почему? – Потому что эти визуалы, которые сейчас просто на плоскости, когда я читаю, они начинают цепляться за какие-то нейроны и начинается вращение. Важное с моей точки зрения, периодически, когда я о чем-то думаю, в голове ощущаются физические действия, т.е. как хрустят суставы, так, как будто происходит отсоединение какого-то нерва от коры мозга. – Ты это чувствуешь? – Да, это мешает о чем-то рассуждать, когда я слышу несколько щелчков... – Щелчков в кавычках? – Нет, реально, бывает ощущение и звук, мне сложно сказать что это. – А шум, звуки, речь? – Это такой фоновый гул, который есть у любого здорового человека, у меня он на фоне того, что есть некие визуальные эффекты, некий шум на зрительной коре. – Гул машинный или гул человеческий? – Просто гул и бывает такое как шебуриание, как бисер, если по нему руками водить, это бывает когда много действий, которые неосмысленно происходят, если я потом ложусь, происходит какая-то каша в голове, начинаю в ней разбираться, осмыслять, этот гул постепенно проходит и принимает некий осмысленный звук.

Ю.П. Сиволап: Алексей, скажите, пожалуйста, если говорить о Ваших родителях, кто жестче, а кто мягче по характеру - мама или папа? – Они оба достаточно мягкие. – Нет такого, что мама помягче? – Я с ней мало жил, поэтому мне трудно сказать, то общение, которое у меня с ней было, оно не в воспитательном характере было. – А между собой как родители общались? – Я почти не помню. – Вы их любите? – Да. – Если отвлечься от социальных общепринятых представлениях о наркотиках, можете сказать что некоторые вещества, которые Вы принимали, Вам помогали, улучшали Ваши психические функции? – Такой позитивный эффект наблюдался от употребления какого-то психоделика, потом на следующий день при употреблении экстази, кислота давала некое глубокое осознание, а эмпагоны давали гармоничное встраивание этого осмысления в жизнь, связывание с людьми, такое сочетание давало наиболее эффективное применение. С этими веществами сочеталась еще марихуана в очень маленьких количествах. – Вы играючи поступили в МФТИ и довольно-таки легко могли поступить на физтех МГТУ, если бы захотели, это задача непростая, допускаете возможность что Вы вернетесь все-таки к учебе? – Да. – У Вас когда-нибудь было ощущение, что Ваши мысли открыты для окружающих? – Нет. – Не было ощущения, что Ваши мысли кем-то вложены извне, что они не Ваши? – Нет. – Что на Вас кто-то влияет каким-то особым образом? – Нет. Я понимаю, о чем Вы говорите, подобные эффекты свойственны людям, которые употребляют ДМТ. Я не помню ощущений от этого вещества, тогда я испытывал страх, это вещество

является болванкой для основных медиаторов в голове – серотонина, дофамина, и получается, что человек испытывает как слияние, связь всех областей мозга... – Алексей, у Вас на этом веществе и других веществах повышалось настроение? Или скажем так, у Вас было плохое настроение, а эти вещества убрали его, улучшали? – На МДА, который высвобождает серотонин, как антидепрессант действует, у меня настроение менялось волнообразно, т.е. один момент это пик такой эйфории, другой момент – это отчаяние, тоска и при этом я этим настроением как бы лавировал, когда становилось тоскливо, я осознанно пытался куда-то направить. Возможно, плохое настроение вызывалось какой-то причиной, вследствие чего было употребление, но такого, что я осознаю свое плохое настроение и употребляю, я не помню, хотя я так чувствую, что такое было. Ответ на Ваш вопрос – да, но я этого не осознавал. – С алкоголем были проблемы когда-нибудь у Вас? – В подростковом возрасте, лет в 12, мы с другом 3 полторашки блейзера выпивали, меня потом рвало сильно, я тогда это проблемами не называл. Пил дешевый алкоголь, баночные коктейли, до 14 лет, после этого стал пить крепкий алкоголь и совсем перестал пить где-то годам к 18. – Позвольте мне дать Вам совет. У Вас папа сильно выпивающий, поэтому Вы в группе риска по формированию алкогольной зависимости, если будете выпивать, поэтому лучше не пейте совсем.

А.Я. Перехов: Алексей, Вы чувствуете, что за последнее время Вы изменились, Ваше внутреннее «Я» стало другим? Есть ощущение внутри, что Вы меняетесь и если это так, пугает ли это Вас? – По-сути, наверное, с этой проблемой я и поступил в психиатрию. – Получается это главная проблема? Глубинное ощущение, что Вы становитесь другим? – Дело в том, что как раз употребление веществ возвышало как-то это «Я», добавляло ему осмысленность и рациональность, и сейчас, когда я длительное время не употребляю, это «Я» зачастую менее сообразительное.

Вопрос из зала: Скажите Алексей, Вы пробовали многие наркотики, что мешало Вам попробовать наркотики внутривенно? – Уколов боюсь... Это шутка. Внутривенно употребляют тяжелые наркотики, у меня не было целью употребить ради удовольствия, ради кайфа, добиться большего результата от веществ.

Ю.П. Сиволап: Т.е., Вы принимали вещества, чтобы улучшить некоторые свои функции? – Да.

И.А. Лубянка: На основании жалоб, анамнестических сведений и с помощью клинического метода была выявлена наследственная отягощенность в виде психических расстройств у деда и двоюродной тетки по отцовской линии, злоупотребление алкоголем по обеим линиям у родственников первой, второй степени родства. С раннего возраста отмечалось некоторое

опережение в интеллектуальном созревании, пациент был достаточно коммуникабельным, но недостаточно усидчивым. Поведение стало меняться в пубертатном возрасте, но в рамках патохарактерологической реакции группирования со сверстниками, когда с экспериментальной целью стал применять психоактивные вещества для ощущений изменений состояния психики (триган Д). Примерно с этого времени – регулярное употребление алкоголя, а впоследствии и регулярное употребление марихуаны. При этом продолжал достаточно успешно учиться в школе. Обращает на себя внимание, что родители не замечали злоупотреблений пробанда, что указывает на систему воспитания (гипопротекция, гипоопека). Регулярное употребление психоделических препаратов имело место с 2015 г. опять же с целью экспериментирования, на фоне приема ПАВ развивается предположительно затяжное гипоманиакальное состояние с лета 2015 г. Потребление ПАВ в этот период продолжается. К осени 2016 происходит инверсия аффекта в сторону атипичной депрессии. В декабре 2016 прекращает употребление ПАВ, однако зрительные галлюцинации, вызванные употреблением психоделиков, остались в структуре депрессивного синдрома. Обращает на себя внимание элементы структурных нарушений мышления в виде фиксации на малозначительных деталях, противоречивых суждений, единичных негрубых смысловых соскальзываний, а также появлений тенденций к нарушению мышления по содержанию (объяснение изменений своего самочувствия псевдомедицинскими заключениями). Диагноз: *шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F 25.2), сопутствующий диагноз – синдром зависимости от сочетанного употребления наркотиков и других психоактивных веществ, в настоящее время воздержание (ремиссия) – F 19.20.*

В.А. Солдаткин: Игорь Александрович, а где же критерии шизоаффективного расстройства? В чем они выражены у пациента?

А.И. Ковалев: Виктор Александрович, разрешите, я поясню? Бредовой синдромально завершенной симптоматики мы у пациента действительно не находим, но имеющие место структурные нарушения мышления имеют тенденцию к формированию ипохондрического бредаобразования. В структуре расстройства имеются сенестопатии, которые сам пациент пытается трактовать витиеватыми псевдонаучными умозаключениями. Коль мне дали слово, то попытаюсь еще уточнить общую точку зрения отделения. Небольшая ремарка. Только сейчас у нас в отделении лежат три пациента, у которых психопатологические феномены развились вследствие употребления современных синтетических наркотиков. Это то, с чем нам придется сталкиваться в ближайшее время все чаще и чаще. В случае с Алексеем мы имеем некую генетическую

детерминацию. С одной стороны, предположительно эндогенный процесс у матери. Да, диагноз ей никто не устанавливал, но уже то, что она круто изменила свои жизненные взгляды и с головой погрузилась в религию, при этом совершенно забыв свою материнскую роль (за все годы после развода единично общаясь с сыном, не проявляя никакого интереса к его жизни и судьбе), может наводить на мысль, что это заболевание, а не личностная реакция здорового человека. С другой стороны, алкогольная зависимость у отца. Именно эти два фактора сыграли решающую роль в жизни нашего пациента. Но степень его генетической предрасположенности к эндогенному заболеванию, по-видимому была не столь выражена, и если бы он не употреблял ПАВ, то, возможно, никогда бы и не заболел. То, что он столько лет регулярно принимая разнообразные ПАВ, не манифестировал психотически, так же говорит в пользу низкой его генетической пенетрантности. Не вызывает сомнений шизоформность расстройства у нашего пациента. Выставить диагноз такому пациенту просто атипичная депрессия у нас рука не поднимается, в силу того, что мы говорим о прогнозе. А прогноз здесь явно процессуальный.

В.А. Солдаткин: Так все же, какой синдром?

А.И. Ковалев: Синдром все-таки атипичный депрессивный.

В.А. Солдаткин: А нозологически?

А.И. Ковалев: Нозологически так же считаем, что это шизоаффективная средне-прогредиентная шубообразная шизофрения. В пользу этого диагноза говорит достаточно выраженные негативные изменения личности (достигающие объективно-определяемых – это 3 уровень психопатологических кругов по А.В. Снежневскому). Уже этого достаточно, что бы исключить малопрогредиентную шизофрению, при которой такой уровень личностных расстройств возникает лишь через много лет течения заболевания. И если ничего не притягивать за уши, то у нашего пациента не было и характерного для малопрогредиентной шизофрении инициального периода в пубертате. Он рос здоровым ребенком, но в условиях выраженной гипоопеки. И потребление ПАВ начал именно в рамках реакции группирования со сверстниками. При этом не было грубой социальной дезадаптации. Он продолжал успешно учиться в школе. Смог пройти по конкурсу в два престижных вуза. Безусловно, этот пациент сложен в диагностике, так как он не укладывается в существующие классификационные нормы. Тем не менее, мы считаем, что по формальным признакам у нас были основания выставить диагноз и по МКБ-10, где указывается, что одновременно должна присутствовать шизофреническая и аффективная симптоматика. Клинически очерченная депрессия у пациента развилась с осени 2016 года. Можно предполагать, что этому предшествовала затяжная гипомания, но

четких данных у нас по этому поводу нет. Что же касается шизофренической симптоматики, то она также, безусловно, есть, но не продуктивная, а негативная. В МКБ-10 есть ссылка, что в рамках шизоаффективного расстройства достаточно одного симптома из группы G1. В данном случае это “негативные” симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что у нашего пациента присутствует в полном объеме. Но МКБ в данном случае не отражает в полном объеме все проблемы нашего пациента. Поэтому с позиций нозологической классификации мы можем говорить о предматнифестном состоянии средне-прогредиентной шизофрении. Все же базовыми симптомами шизофрении являются негативные, а не продуктивные симптомы. И оценивая их, мы, прежде всего, строим прогноз заболевания. Но и в классические формы нозологической классификации А.В. Снежневского этот пациент не укладывается, так как относится к той категории пациентов («новой синтетической генерации») с которой нам в ближайшее время предстоит иметь дело достаточно регулярно.

А.Я. Перехов: Сегодня редкий случай моего принципиального несогласия с выставляемым отделением клинического заключения, и это несмотря на наше с А.И. Ковалевым единое методологическое мировоззрение и очень редко встречающиеся разногласия. Правда, это касается только так называемого «двойного» или коморбидного диагноза, в части наркологии. Я категорически не согласен с диагнозом синдрома зависимости от наркотических ПАВ. Следуя логике, что регулярное употребление ПАВ приводит к болезни, можно такой же диагноз поставить большинству здесь присутствующих, но только в виде зависимости от алкоголя. Я думаю, что докладчиков смутило, что он употребляет именно «официальные» наркотики, а не разрешенный пищевой наркотический продукт алкоголь. Для того, чтобы выставить диагноз зависимости, должен быть в наличии большой наркоманический синдром, а клинических его проявлений нет. Можно говорить лишь о «наркотизме», как это предлагал А.Е. Личко.

В отношении основного, ведущего диагноза. У пациента продуктивная симптоматика не имеет четко завершенной синдромальной структуры, что всегда приводит к сложностям типирования статуса. Ведь нозологический диагноз выставляется в психиатрии на основе совокупности продуктивных, негативных, когнитивных синдромов, именно от него зависит прогноз, и, если не статусная терапия, то рекомендации по профилактическому лечению. Все же вначале о продуктивных расстройствах. Они исчерпываются атипичной по структуре нетяжелой депрессией непсихотического уровня. Что касается других признаков, то они выступают в роли только в значении

симптомов. Это и визуализация представлений, и отдельные иллюзии. Их присутствие и их трактовка и определяют атипичность, но это не синдромы нарушения восприятия. Тем более и намеков не только на психозы, но и на «квазипсихозы», галлюцинаторные эпизоды носили безусловно экзогенно-токсический характер. Я хотел бы остановиться на присутствующих в клиническом состоянии проявлениях изменений личности или негативных симптомах. На мой взгляд, они видны невооруженным взглядом. По «кругам» А.В. Снежневского на 100% присутствуют субъективные ощущения выраженных собственных изменений, которые иногда называют «негативной деперсонализацией». Присутствуют, но не абсолютно, и критерии следующего уровня изменений личности – «объективно определяемых» в виде необычности и странности поведения, внешнего вида, а самое главное – мотивационных и мыслительных нарушений. Структурные нарушения мышления хорошо видны в клинической беседе, особенно в моменты монологов пациента. И без психологического эксперимента видны разноплановость, резонерство, парадоксальность в суждениях пациента, которые за счет высокого интеллекта иногда выглядят просто наукообразными. Теперь о нозологическом диагнозе. Согласно презумпции психического здоровья – мы, к сожалению, можем утверждать, что пациент явно болен, а не имеет только психологические проблемы. Уровень расстройства – непсихотический. Опять же, согласно презумпции менее тяжелого психиатрического диагноза, нельзя выставлять диагноз шизофрении (например, инициального периода классической параноидной). Нет достаточных оснований и для диагноза шизоаффективного расстройства (для рекуррентной шизофрении – отсутствие психотической симптоматики, для биполярного расстройства – отсутствие выраженных аффективных состояний). Вообще по МКБ-10 возникает проблема – так как полного набора симптомов для диагноза расстройства шизофренического спектра нет. В традиционной классификации Снежневского, Наджарова, Авруцкого, Тиганова – это вялотекущая или близкая к ней мало-прогредиентная шубообразная; градация между ними – доказательства наличия депрессии либо в приступе, либо в структуре неврозоподобных переживаний. В отличие от онкологии, клинико-этические основы психиатрии требуют от нас явной доказательной базы в отношении «тяжелых» стигматизированных психиатрических диагнозов, поэтому в психиатрии разрешена фактически гиподиагностика, в отличие от той же онкологии, где пациента сразу же пугают диагнозом злокачественной опухоли, например, каждая большая родинка может объявляться потенциальным предраком.

Немного о психологической проблеме, которая явно звучит во всех его высказываниях. Он уже

достаточно определенное время находится в экзистенциальном кризисе, спровоцированным давно тлеющим процессом эмоциональных и личностно-мотивационных изменений. Именно нарастающие внутренние, а не внешние проблемы, которых-то и не было фактически, привели его к попытке справиться с ними с помощью стимулирующих, а не седативных психоактивных веществ. Из двух путей, которые он видел в семье, он выбрал путь отца с его алкоголизацией, а не путь аутистического ухода матери в секту. Именно подсознательное нежелание апатического ухода в себя привело к стимуляторам каннабиоидного ряда, которые, на мой взгляд, интуитивно могли использоваться для большей экстраверсии; не случайно, что галлюциногены испугали пациента, он не хотел полного ухода из этого мира, он хотел в нем удержаться. Я выскажу спекулятивную точку зрения, что на каком-то этапе ПАВ могли играть саногенный, а не патогенный характер, они помогали консолидировать медленно разрушающее внутренне «Я», но на последнем этапе болезни они уже становятся фактором утяжеления расстройства. Именно сдерживание процесса стимуляторами привело к тому, что мы видим явную клинику шизотипии не с пубертата, а только в последний год. Сомнений, что это эндогенное заболевание у меня нет. Но в плане окончательного диагноза я сам себе сейчас буду противоречить. Если учитывать только продуктивную симптоматику, то это атипичная по структуре периодическая депрессия, но если учитывать негативную симптоматику, которая безусловно есть, но не достигает степени всех «А» по Блейлеру, то это *вялотекущая, или малопрогредиентная шубообразная шизофрения, благо, что оба эти варианта сливаются в МКБ-10 в единый диагноз шизотипического расстройства*. В психиатрии диагностика по внешности, по морфенотипу, занимает последнее место в ряду доказательств, однако работы Кречмера в этом направлении мы помним и даже упоминаем об этом в своих лекциях. Длинные тонкие пальцы музыканта, высокий лоб, скудное оволосение на лице – не основание для диагноза, но косвенное указание на то, что эндогенный процесс в виде патоса, а не нозоса начался очень и очень давно, фактически уже в раннем онтогенезе.

В.В. Мадорский: Я бы хотел сосредоточиться не столько на диагнозе, сколько на том, что с ним делать. Нам нужно кроме диагностики и лечения еще понять, как его вытащить из всех этих патологических фантазий и направить по принципу: «А теперь забудьте индукцию и дедукцию, давайте продукцию». В этой ситуации первая вещь, которую надо сделать, это попытаться вместе собрать маму и папу, объяснить им куда идет сынок, может быть и утрировать где-то, если сын еще не пришел - то идет к шизофрении. И договорившись между собой, родители должны определить

для него правила и взять на себя ответственность по направлению его в жизни. Это те вещи, которые необходимо делать.

В.Д. Менделевич: Должен заметить, что для меня восприятие пациента в процессе личного общения (разбора) не совпало с «картинкой», которая сформировалась при ознакомлении с историей его болезни. Априори я склонялся к тому, что у пациента шизофрения, поскольку врачами описывались патогномичные для этого заболевания качественные расстройства мышления – паралолия, разорванность, соскальзывания, разноплановость. Однако, в процессе беседы с пациентом, несмотря на наличие перечисленных симптомов, я не увидел признаков шизофрении. Первое, что обратило на себя внимание – это синтонность пациента, т.е. эмоциональное созвучие ситуации, умение устанавливать «теплые ощущения» с собеседником. От пациента не «вело холодом», не было признаков эмоциональной отгороженности, аутистичности. Он к месту шутил, иронизировал, адекватно реагировал на свои и чужие шутки. В процессе беседы признаки нарушений мышления не носили постоянного характера. Они появлялись исключительно тогда, когда пациент описывал тревожившие его ощущения – зрительные образы и дискомфорт в кишечнике. На вопросы о жизни, наркотизации и не касающиеся перечисленных неприятных ощущений пациент не был склонен к рассуждательству. Тогда же, когда речь заходила об ощущениях, у пациента отмечалась склонность к детализации, витиеватости, философствованию и даже аморфности мышления. Однако, явных признаков качественных расстройств не обнаруживалось (это было подтверждено и в процессе патопсихологического исследования). Следует отметить, что феномен, обозначенный лечащим врачом как зрительные галлюцинации, признать таковым не правомерно. Потому, что пациент относился к ним критично, понимал, что это образы, не обладают качествами реального объекта. Можно утверждать, что это не галлюцинации, а визуализированные образы или иллюзии. Стоит заметить, что они совпадали с теми образами, которые появлялись у пациента при наркотическом опьянении. В таком случае можно говорить о «флэшбэках», являющихся типичными признаками отдаленных последствий употребления психостимуляторов и галлюциногенов. Я бы не закладывал этот феномен в основу диагностики какого-либо иного (к примеру, эндогенного расстройства). Обсуждавшаяся тема наличия у пациента депрессии приводит к заключению об отсутствии доказательств клинически очерченных депрессивных симптомов и синдрома. Их не было видно и в процессе клинической беседы. Нет данных о фазности течения настроения в анамнезе. Быструю смену настроения можно объяснить психотропным эффектом наркотиков. Я бы хотел разделить

то, на что обращал внимание пациент, и на что обращаем внимание мы – клиницисты. Он фиксировал внимание на зрительных образах и других неприятных ощущениях (например, в кишечнике), а мы обращаем внимание на их неадекватную (с нашей точки зрения) интерпретацию, которая внешне очень похожа на качественные расстройства мышления. И вот здесь начинается то шизофреноподобное, которое бросается в глаза. Он рассказывает о своих ощущениях излишне детализировано, с элементами паралолии и разорванности, но при этом в других областях общения его мышление остается логичным, последовательным и продуктивным, т.е. нормальным. Данный факт, с моей точки зрения, противоречит диагностическим критериям расстройств шизофренического спектра. Так мышление при шизофрении «расслаивается» не может. Мне эти особенности пациента легче понять либо сквозь призму его характерологических и личностных особенностей, связанных с его математическим складом ума и склонностью к построению абстрактных конструкций. С другой стороны, можно предложить еще один ракурс возможности интерпретации особенностей мышления пациента. Представим, что нам стало бы известно, что он продолжает употреблять ПАВ (психостимуляторы) и зададимся вопросом, могут ли подобные «шизофреноформные» расстройства мышления входить в структуру наркотического опьянения? Убежден, что большинство специалистов согласится с тем, что для наркотического опьянения типичны расстройства мышления в виде разноплановости, непоследовательности, соскальзывания, резонерства. Получается, что вопрос переходит из сущностной во временную плоскость – как долго могут сохраняться подобные расстройства мышления у пациента, длительно принимавшего ПАВ? Напомню, что на момент клинического разбора у пациента отменяется кратковременный период воздержания от наркотиков – всего 2,5 месяца. Достаточно ли это для полного восстановления его нейрофизиологического состояния? Некоторыми участниками дискуссии высказывалось мнение о том, что у пациента обнаруживаются не признаки шизофрении, а признаки, позволяющие диагностировать шизотипическое расстройство. С моей точки зрения для этого также нет оснований. Для диагностики шизотипического расстройства необходимо обнаружение не только и не столько расстройств мышления, сколько аутизации. У пациента же аутизации нет. Кроме того, для диагностики данного расстройства важен критерий длительности. У пациента же ничего подобного не отмечалось. Вывод лечащих психиатров о том, что у пациента обнаруживается шизоаффективное расстройство также не может быть признан обоснованным, поскольку в клинической картине отсутствуют основополагающие диагностические критерии (по МКБ-10): нет клинически подтверж-

денных признаков обнаружения депрессивных и/или маниакальных синдромов, отсутствует фазность, этапность протекания расстройства. Еще один диагностически важный вопрос: почему психопатологическое состояние вдруг (за месяц нахождения в клинике) существенно улучшилось без применения психотропных препаратов? Трудно себе представить, чтобы расстройства шизофренического спектра так самопроизвольно редуцировались. Я задаюсь вопросом: а может быть это связано с удлинением периода воздержания от ПАВ? В силу всего вышперечисленного, я склоняюсь к тому что в случае с пациентом А. мы имеем дело с *резидуальным психотическим расстройством (с поздним отставленным дебютом) F1x.75, связанным с употреблением психоактивных веществ*. МКБ-10 предоставляет нам возможность диагностики следующих вариантов этого расстройства: 1) психотические реминисценции, 2) «флэшбэк», 3) стойкое когнитивное нарушение и 4) шизофреноподобное расстройство. Думаю, что у обследованного отмечаются элементы каждого из перечисленных симптомов и синдромов. Следует иметь в виду, что традиционно данное расстройство длится до 6 месяцев. Кстати, у нас нет никаких оснований говорить о наличии у пациента синдрома зависимости от употребляемых ПАВ. Обратим внимание на то, что на сегодняшний день прошло очень мало времени с момента последнего употребления пациентом ПАВ, давайте не будем торопиться, тем более что у нас вообще нет основополагающих симптомов шизофрении. Предлагаю вернуться к анализу данного клинического случая через полгода. Динамика и развитие ситуации позволит нам убедительнее отвергнуть или подтвердить у пациента шизофрению. Понятно, что я склоняюсь к первому варианту. Наиболее проблематичным развитием ситуации я считаю возвращение пациента к употреблению ПАВ – в таком случае мы вновь окажемся перед сложной диагностической дилеммой.

Ю.П. Сиволап: Отлично подготовленный материал, великолепная работа отделения, но с диагнозом своих уважаемых коллег я категорически не согласен. Здесь нет зависимости, хотя бы потому, что человек употреблял вещества, которые не вызывают зависимость. Амфетамины вызывают зависимость у 30–40% постоянных потребителей. Галлюциногены не вызывают зависимости вообще. Зависимости у пациента нет, есть употребление психоактивных веществ с вредными последствиями. Я не берусь говорить, что Алексею помогали эти вещества, хотя мы видим в этом случае, что парень пытался улучшить свои церебральные функции с помощью этих веществ. У него есть проблемы с мышлением, и эти попытки ему скорее всего навредили. Что касается диагноза основного заболевания, по МКБ-10, как и критериям DSM-5, у парня нет шизофрении. Существует так называемый

симптом Рюмке, «чувство шизофрении». Но недопустимо вешать на пациента зловещую социальную стигму, мы не можем на основании наших ощущений, а не четких критериев диагностики, ставить диагноз шизофрении. Он нездоров, у него есть нарушения настроения, нарушения мышления по шизофреническому типу, но, как показано в заключении психолога, они у него компенсированы, мы не видим грубого нарушения процесса обобщения и в целом его мышление сохранено. Нам всегда интересно покопаться в пациенте с помощью психологических тестов, но даже если бы у парня были очевидные формальные нарушения мышления по шизофреническому типу - это не клинический симптом, это не критерий шизофрении. Симптоматики шизофрении здесь нет, есть особенности шизотипического склада, наверное, не достигающие степени шизоидной психопатии. Существуют такие кейсы, которые очень трудно диагностически оформить. Допустим, *употребление психоактивных веществ с пагубными последствиями, расстройство настроения*.

В.А. Солдаткин: Хотя хочу быть кратким, начну все же несколько издалека. Когда мы говорим о психических расстройствах, возникающих у потребителей психоактивных веществ – если эти расстройства не лежат четко в органической или психогенной плоскости – всегда возникает две версии. Первая состоит в проявлении эндогенного заболевания («наркотик – провокатор болезни, к которой и так существовало предрасположение»). Вторая – эндоформная клиника является следствием воздействия психоактивных веществ. Понятно, что во многом оценка ситуации конкретным врачом зависит от его медицинской, даже, возможно, философской концепции в этом вопросе. В этом споре едва ли возможно однозначное принятие единственно правильного решения. При всеобщем признании роли генотипа в возникновении ряда хронических психических расстройств очевидно, что «сила» патогенного воздействия ПАВ последнее десятилетие возрастает. Очевидно, что селекционные сорта конопли, содержащие более высокую концентрацию ТГК и низкую каннабидиола, легче приводят к возникновению психозов. Появление «спайсов» и «солей» – дизайнерских наркотиков – заметно изменили наши представления о шизофреноподобных клинических картинах (чего стоит один только термин – «спайсофрения»!).

Относится ли эта дилемма к пациенту, с которым мы сейчас беседовали? Вне всякого сомнения. Клиническая картина расстройства неразрывно связана с наркотизацией, и в то же время, имеет признаки, заставляющие думать о шизофрении. Почему? Объясню свою точку зрения.

В соответствии с законами методологии диагностического процесса, вначале надо оценить психопатологический синдром. И докладчик, и сам пациент

весьма четко обозначили: снижение настроения, апатию, безразличие, заторможенность, тревогу, навязчивые сомнения. Эти же признаки хорошо описаны в психологическом портрете. Заметной частью феномена являются ассоциативные нарушения – на мой взгляд, в данной ситуации можно продемонстрировать чуть ли не все труды Блейлера. Резонерство, витиеватость, выхолощенность и бесплодность мышления – вот проявления, которые можно убедительно выявить у больного. Его парамимии и паракинезии (стереотипные, манерные, угловатые) иначе, как мягкой кататонией не назовешь. Есть в синдроме и проявления более «высоколежащих» регистров – деперсонализация, элементарные обманы восприятия, однако на сегодня, полагаю, уверенно и доказательно мы можем говорить лишь об атипичном депрессивном синдроме. Есть ли психологическая понятность этой депрессии? Быть может, это проявление дезадаптации у человека, достаточно длительно употреблявшего психоактивные вещества, с развитием соответствующих проблем? Не думаю. Наркотики перестали уберегать его, или, как он сам выразился, перестали «давать меч его эмоциям». Они вышли из-под контроля, и не только эмоции, но и мысли, и воля – это и есть «интрапсихическая атакия». Как образно, и в то же время понятно описывает он стихийное «перемещение пластов его души»! Этого пациента образно можно сравнить со льдиной, которую несет по воле волн, и несет уже лет так 8 – с пубертата. И это не путь неустойчивой личности, у которой развилась наркомания и психопатизация по возбудимому типу - это нечто другое.

Ведь давайте посмотрим – несмотря на пренатальные вредности (гестоз, гипоксию) мы видим умного, успевающего мальчика без явных особенностей в развитии (кстати, нейровизуализация подтверждает структурную сохранность его головного мозга). Он обладает неустойчивой акцентуацией без каких-либо явных проблем с коммуникацией. Откуда же сейчас явная шизоидность, описываемая сейчас психологом? Откуда замысловатые, витиеватые, «многослойные» умозаключения с интерпретацией «шелчков нейромедиаторов»? Как объяснить многолетний, достаточно «плотный» режим потребления разнообразных ПАВ без признаков зависимости? Рекреационным его не назовешь... Полагаю, ответ на эти вопросы один – это медленное, исподволь развитие расстройства, приводящего к постоянному дискомфорту, нарушению эмоционально-волевой регуляции и ассоциативной стройности. Оно обуславливало поиск путей «самопомощи», и аддиктивная наследственная отягощенность, неустойчивая акцентуация и особенности воспитания определили приемлемый путь – путь наркотизации. Я не вижу в клинике синдрома зависимости, нет абстиненции, как нет и отчетливой эйфории. Мотив приема ПАВ здесь особый – «стройность эмоций и мыслей»,

и, видимо, без наркотического воздействия состояние эмоциональной и ассоциативной сфер было удручающим... Думаю, речь может идти о вторичной симптоматической наркотизации. Которая шла вслед за развитием основного процесса: обратите внимание, как после длительного приема конопли (которая, кстати, у него практически никогда не обладала смешливым эффектом) он легко перешел к приему психостимуляторов, эмпатомиметиков и галлюциногенов. Мы можем полагать, что на разных этапах болезни менялся аффективный полюс, и это требовало иных способов «самокоррекции». Кстати, еще раз хочу акцентировать – раз нет убедительного синдрома зависимости, и с этим согласны почти все выступавшие, крайне шаткими выглядят все попытки связать нынешнюю устойчивую психопатологию с наркопотреблением. Да, в литературе есть немало работ о психозах у потребителей ПАВ, в основном – конопли и амфетаминов. Оба вещества обладают достаточно мощным воздействием на все нейромедиаторные системы, чтобы вызвать яркий дисбаланс, сопровождающийся внешне психозом. Как правило, речь идет об устойчивом приеме одного вещества, и стоит допустить, что при развитии зависимости этот прием и впрямь может «пробить барьер психической адаптации» (цитируя академика Александровского Ю.А.). При этом, как правило, психоз (в литературе описываются параноидная настроенность, слуховые и зрительные галлюцинации – при амфетаминовых, например, психозах) возникает на высоте приема в высоких дозах (в нашем понимании – интоксикационный психоз), или сразу после прекращения наркотизации (в нашем понимании – психоз абстинентный); всегда обращается внимание на то, что сохранение психопатологии более 4 недель после прекращения наркотизации – довод в пользу «первичного психотического заболевания». Но в ситуации, о которой мы говорим сегодня, нет психоза! Мне не доводилось читать об атипичном депрессивном состоянии, со структурными нарушениями мышления и кататоническими вкраплениями, как следствии злоупотребления (не зависимости!) от ПАВ. Об устойчивом тренде приема одного вещества у Алексея говорить не приходится; условия возникновения болезненного состояния не соответствуют тем, которые бы доказательно позволили нам говорить о

причинно-следственной связи расстройства психики с наркотиком. Все это заставляет думать об эндогенном процессе, который, с одной стороны, «маскировался» приемом ПАВ, а с другой – являлся его внутренней причиной и фактором, придающим своеобразие.

Обратите внимание на признаки, выявленные психологом – да, негрубые, нечеткие, но не надуманные: расплывчатость мышления, фиксация на малозначимых деталях, негрубые смысловые соскальзывания, нарушения саморегуляции, заострение шизоидных черт. Это подтверждает диагностическую гипотезу о процессуальном заболевании. Полагаю, Алексей болен *малопрогредиентной шизофренией с симптоматической наркотизацией*. *А вот по МКБ-10 для диагноза «шизофрения» критериев нет; недостаточно их и для «шизотипического расстройства». Поэтому по этой классификации не вижу возможности поставить другого диагноза как «депрессивный эпизод».* Впрочем, большинство собравшихся в аудитории – сторонники нозологического подхода, национальной классификации. Пациент требует катанестического наблюдения. При этом, не скрою, я буду рад, если через полгода, без употребления ПАВ, перед нами предстанет психически здоровый молодой человек. Но в этом есть обоснованные сомнения...

В терапии Алексея, без сомнений, необходим комплексный подход, психофармакотерапия должна сочетаться с психотерапией, к которой он, полагаю, восприимчив. Что касается психофармакотерапии – антидепрессант и нейролептик должны составлять ведущую силу. Из атипиков я бы выбрал кветиапин, из антидепрессантов – СИОЗС или СИОЗСН.

Коллеги, выходя из зала, пациент передал, что он хотел бы после нашего обсуждения сделать заявление.

Пациент, вернувшись в аудиторию: *Если у меня появилась возможность находиться перед таким большим количеством специалистов, я хотел бы предложить стать предметом исследования, если кто-то захочет. Если я могу каким-то образом сделать вклад в науку, сделать полезное дело, я буду рад.*

В зале поднимается одна рука (психолог И.В. Мурина).

Поступила 20.03.17.