

М.М. Скугаревская, В.И. Сачек, О.В. Колбасова, А.И. Старцев

## ОСТРЫЕ ПСИХОЗЫ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ: ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,  
ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр  
Вооруженных сил Республики Беларусь»

---

*Проведен анализ случаев развития острых полиморфных психотических расстройств среди военнослужащих, изложены подходы к ранней диагностике состояний высокого риска развития психоза и пути профилактики острых психозов среди военнослужащих срочной службы. Описаны критерии крайне высокого риска развития психоза, отражающие «позднюю продромальную» фазу болезни и базисные симптомы, в большей степени характерные для «ранней продромальной» фазы.*

**Ключевые слова:** психоз, продром, риск развития психоза, военнослужащие срочной службы, профилактика.

***M.M. Skugarevskaya, V.I. Sachek, O.V. Kolbasova, A.I. Startsev***

### **ACUTE PSYCHOSIS AMONG CONSCRIPTS: POSSIBLE WAYS OF PREVENTION AND EARLY DIAGNOSTICS**

*The analysis of the cases of acute psychotic disorders among conscripts was conducted. The approaches to detection of clinical high risk for psychosis are stated in the article. The ways of prevention of acute psychosis among conscripts are discussed. Criteria of the ultra high risk of psychosis reflecting a “late prodromal stage” of illness and the basic symptoms in a greater degree characteristic for an “early prodromal stage” are described.*

**Key words:** psychosis, prodrome, high risk of psychosis, conscripts.

---

Психоз представляет собой явно выраженное нарушение психической деятельности, при котором психические реакции грубо противоречат реальной ситуации, что отражается в расстройстве восприятия реального мира и дезорганизации поведения [3]. Этот термин

как правило указывает на наличие бреда, галлюцинаций или некоторых форм нарушения поведения, таких как резкое возбуждение и гиперактивность, выраженная психомоторная заторможенность и кататоническое поведение [1]. Общими критериями острых и транзиторных

психотических расстройств являются: 1. Острое начало (в течение 2-х недель); 2. Наличие типичных симптомов (полиморфная клиническая картина либо наличие типичных шизофренических симптомов); 3. Наличие сочетающегося с этим состоянием острого стресса.

Мотивом написания данной статьи послужила озабоченность, сохраняющимся на достаточно высоком уровне количеством случаев острых психотических расстройств, среди военнослужащих срочной службы: в 2012 г. - 7 случаев, в 2011 г. - 9 случаев, в 2010 г. - 10 случаев, в 2009 г. - 10 случаев. В картине острых полиморфных психотических расстройств расстройства восприятия, бред, дезорганизация поведения обнаруживают выраженную вариабельность и меняются день ото дня или даже от часа к часу. Отмечается эмоциональное смятение с интенсивными транзиторными чувствами счастья и экстаза, тревоги и раздражительности, горя и отчаяния. Характерен полиморфизм и нестабильность клинической картины, сопровождающейся грубыми нарушениями поведения. Такие психические расстройства, возникающие у военнослужащих, проходящих срочную военную службу или военную службу по контракту, могут представлять особую опасность, так как они имеют доступ к оружию, что может быть причиной особо тяжелых последствий такого психического расстройства не только для самих заболевших, но и для окружающих. По этой причине особо важно определить критерии риска развития психоза еще до возникновения развернутой клинической картины и предотвратить его дальнейшее развитие.

Анализу подверглись все случаи острых и транзиторных психотических расстройств за 2012 г. у данной категории граждан. Чаще устанавливался диагноз острого полиморфного психотического расстройства без симптомов шизофрении (6 из 7), в 1 случае установлен диагноз острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении. Все пациенты проходили лечение и военно-врачебную экспертизу на базе психиатрического отделения 432 ГВКМЦ, заболевание было признано полученным в период военной службы и эти военнослужащие были признаны негодными в военной службе в мирное время, ограниченно годными к военной службе в военное время (статья 17-Б графы II Расписания болезней и требований к состоянию здоровья граждан, утвержденных постановлением Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2010 № 51/170).

Говоря об этиологии следует сказать, что острые полиморфные психотические расстройства могут быть связаны со стрессом, например в связи с утратой близкого человека, разрывом отношений с любимым человеком, ситуацией насилия или его угрозы, угрозой тюремного заключения, психическим перенапряжением при длительном ожидании, изнуряющем походе, но следует заметить, что часто они не являются прямым следствием стресса, в их развитии определяющим является психологическая предрасположенность на генетическом уровне (гено-средовые взаимодействия). Однако, острые психотические расстройства могут начинаться и без внешней провокации, определяясь внутренними переживаниями. В этом случае данный диагноз предвещает манифестные проявления шизофрении или первого приступа шизоаффективных расстройств.

Острые психозы относятся к группе расстройств, близких шизофрении, в дальнейшем у пациентов возможно развитие повторных психозов, шизофрении, шизоаффективного расстройства. Особенностью острых психозов является внезапное начало на относительно благополучном фоне. Исследования последних лет показывают возможность определения синдрома или состояния «риска развития первого психоза», что в англоязычной литературе звучит как «at-risk mental state (ARMS)», «ultra-high risk (mental) state», «clinical high risk state» и др. Также используются термины преписхоз, гипопсихоз, шизотипический диатез.

Выделение состояний повышенного риска развития психоза основывалось первоначально на ретроспективном анализе анамнеза больных шизофренией. В исследовании «Возраст, начало и течение шизофрении» (известном как ABC исследование) период между появлением первых признаков психического неблагополучия и первой госпитализацией составлял в среднем 4,2 года для мужчин и 4,9 года для женщин [5]. В этом же исследовании показано, что продромальная фаза начиналась в возрасте до 30 лет в 77% случаев, в возрасте до 20 лет – в 41% и в возрасте до 10 лет – в 4% случаев [4].

В целом продромальную симптоматику можно сгруппировать в 8 подтипов (Yung A.R. с соавт., 2004):

1. невротические симптомы (тревога, беспокойство, гнев, раздражительность);
2. изменения настроения (пониженное настроение, ангедония, чувство вины, суицидальные мысли, смены настроения);
3. волевые изменения (апатия, потеря энергии, скука, утрата интересов, усталость);
4. когнитивные изменения (нарушения концентрации внимания, блокады мыслей, нарушения абстрагирования);
5. соматические симптомы (соматические жалобы, снижение веса, потеря аппетита, нарушения сна, изменения в восприятии себя, мира и окружающих);
6. другие симптомы (обсессивно-компульсивные, диссоциативные симптомы, повышенная сензитивность в межличностных отношениях);
7. поведенческие изменения (нарушения ролевого функционирования, социальное избегание, импульсивность, странности в поведении, агрессия);
8. ослабленные (подпороговые) психотические симптомы или изолированные психотические симптомы (нарушения восприятия по интенсивности, частоте и продолжительности не достигающие уровня отчетливого психоза) [11].

Симптоматика у пациентов группы риска может меняться со временем, совершенно не обязательно присутствие всех групп симптомов. Большинство из этих симптомов неспецифичны, характерны для большого количества психических расстройств; даже «ослабленные» психотические симптомы не всегда трансформируются в отчетливый психоз.

Alison Yung с коллегами в Мельбурне сформулировали критерии риска психоза, которые предсказывают развитие психоза в ближайшем будущем, т.е. на протяжении одного - двух лет [12]. Эти синдромы были названы критериями крайне высокого развития психоза (Ultra High Risk criteria – UHR, таблица 1) и основаны в первую очередь на позитивных симптомах:

**Группа 1. Ослабленные психотические симптомы.** К этой группе относятся симптомы, отличающиеся от нормальных психических феноменов, но не являющиеся еще психотическими. Например, сверхценные идеи о том, что над субъектом смеются, или к нему враждебно относятся, при этом субъект осознает, что это не всегда правда. Сюда же можно отнести идеи отношения, необычные убеждения или магическое мышление, нарушения восприятия, странное поведение, речь и внешний вид. При этом симптомы не достигают уровня отчетливого психоза, проявляются с частотой несколько раз в неделю, длятся от одной недели до 5 лет.

**Группа 2. Короткие самопроходящие повторяющиеся психотические симптомы.** В эту группу входят транзиторные психотические симптомы (идеи отношения, обманы восприятия, параноидные идеи, нарушения мышления и речи), длящиеся до 7 суток и проходящие спонтанно.

**Группа 3. Генетический риск и особенности функционирования.** В эту группу относится генетический риск развития психоза (наличие родственников первой линии родства с расстройствами шизофренического спектра и/или наличие шизотипического расстройства у пробанда) в сочетании с недавно возникшими нарушениями социального или профессионального функционирования.

При наличии хотя бы одной группы симптомов из вышеуказанных пациенты в возрасте 14 – 30 лет выделяются в группу крайне высокого риска развития психоза. То есть, у этих лиц вероятно разовьется психоз в ближайшем будущем (считается, что этот временной промежуток составляет около 2 лет). По результатам 12 месячного наблюдения клинически выраженное психотическое расстройство развилось у 34,6% пациентов, через два года эта цифра достигла 40,8% [12].

**Таблица 1. Критерии крайне высокого риска развития психоза (UHR)**

**Ослабленные позитивные симптомы:**

Присутствие  $\geq 1$  из следующих симптомов несколько раз в неделю на протяжении  $\geq 1$  недели

- Необычное содержание мыслей / бредовые идеи
- Подозрительность / персекуторные идеи
- Идеи величия
- Нарушения восприятия / галлюцинации
- Дезорганизация в общении
- Необычное поведение и внешний вид

И / или

**Короткие самопроходящие психотические симптомы**

Присутствие  $\geq 1$  из следующих симптомов, спонтанно разрешающихся в течение 7 дней

- Бред
- Галлюцинации
- Формальные расстройства мышления

И / или

**Семейный риск плюс снижение функционирования**

- Изменение в психическом состоянии или функционировании, ведущее к снижению  $\geq 30\%$  по шкале глобального функционирования на протяжении  $\geq 1$  месяца за последний год по сравнению с максимальным уровнем функционирования в прошлом году

Плюс как минимум один из следующих факторов риска

- Хотя бы один родственник 1-й степени родства с пси-

хотическим расстройством по критериям DSM-IV в анамнезе (не вследствие соматического заболевания или употребления ПАВ) или

- Шизотипическое личностное расстройство по критериям DSM-IV.

Другой подход к описанию критериев риска развития психоза основывается преимущественно на детальном феноменологическом описании нарушений, предшествующих началу психоза – базисных симптомов (basic symptoms) [6]. Они представляют собой небольшие, субъективно ощущаемые нарушения в области ощущений, когнитивных, волевых и моторных функций, энергетического потенциала и толерантности к стрессу. Концепция базисных симптомов была разработана немецкими авторами G.Huber (1969) и его последователями (Gross G. et al., 1978, 1982; Klosterkötter J., 1985; Ebel M. et al., 1989). Считается, что эти симптомы являются непосредственным психопатологическим проявлением биологических нарушений, лежащих в основе развития психоза, - отсюда и название «базисные симптомы» [2]. Показатель перехода в шизофрению при использовании данных критериев составляет около 70% в среднем за 9,6 лет наблюдения [7].

Базисные симптомы отличаются от того, что субъект считает «нормой» своей психической деятельности. К базисным симптомам относятся только те состояния, которые субъект субъективно воспринимает как аномальные, несвойственные для его прежнего, «нормального» функционирования, вне зависимости от того, наблюдаются ли они объективно в поведении, мимике или речи пациента. Эти изменения обычно неявны, незаметны без детального расспроса, так как они активно компенсируются пациентом посредством повышенных усилий. Эти симптомы, как правило, не замечаются окружающими, в отличие от необычного содержания мышления или дезорганизации речи при шизотипическом расстройстве. Пациент оценивает эти изменения как собственные, не связанные с внешним окружением [9].

На основании базисных симптомов были разработаны критерии высокого риска развития психоза, например, группа когнитивно-перцептивных базисных симптомов (COPER, таблица 2). Так, у 23,9% пациентов, соответствующих данным критериям, развился психоз на протяжении первого года от первоначальной оценки, у 22,4% на протяжении второго года, у 14,9% на протяжении третьего года и у 17,9% спустя более, чем три года [9].

Базисные симптомы характеризуют преимущественно раннюю продромальную фазу, тогда как ослабленные психотические симптомы - преимущественно позднюю продромальную фазу.

Учитывая интерес исследователей и практических специалистов к проблеме продромального этапа шизофрении, успешные попытки вмешательства на данном этапе заболевания возникла необходимость классификации данного состояния. Обсуждается возможность внесения нового диагноза в новое издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5). Предлагались различные термины для определения данного состояния: «синдром риска психоза», «синдром риска первого психоза», и более поздний термин «синдром ослабленных психотических симптомов (the attenuated psychotic symptoms syndrome)» [10].



Таблица 2. Критерии высокого риска развития психоза на основании когнитивно-перцептивных базисных симптомов (COPER)

|  |  |
|--|--|
| Наличие как минимум одного из следующих десяти базисных симптомов с оценкой SPI-A $\geq 3^*$ на протяжении последних трех месяцев и первое появление $\geq 12$ месяцев назад |  |
| <b>Вмешивающиеся мысли</b>   | Несущественные мысли вмешиваются и нарушают течение мыслей субъекта. Эти вмешивающиеся мысли (идеи, впечатления, побуждения) эмоционально нейтральны, не имеют особого значения для субъекта и не имеют связи с основным потоком мыслей.   |
| <b>Персеверации мыслей</b>   | Беспокоящие и обсессивноподобные повторения неважных, эмоционально нейтральных мыслей или образов, которые могут быть связаны с любыми тривиальными повседневными недавними событиями. Такие «воспоминания» объединяет то, что они незначимы и недостаточно эмоциональны, даже по мнению самого субъекта; они не соответствуют чрезмерной психической занятости, уделяемой им.   |
| <b>Наплывы мыслей</b>  | Самоописываемый «хаос» в мыслях. Большое количество случайных, различных мыслей или образов появляются в голове и снова исчезает через короткие интервалы. При этом субъект не способен подавлять их или управлять ими.  |
| <b>Блокады мыслей</b>  | Субъективная блокада мыслей, которая также может ощущаться как внезапная пустота в голове, прерывание мыслей, исчезновение мыслей или потеря мыслительной цепочки.   |
| <b>Нарушения рецептивной речи</b>  | Нарушение понимания вербальных стимулов либо при чтении (визуальных) либо при слушании. Трудности или неспособность к распознаванию значения слов, словосочетаний или предложений, Эти нарушения проявляются с родным языком, даже если пациент/субъект хорошо концентрируется на тексте/устной речи, хорошо видит при чтении или слышит при речи, а содержание затрагивает повседневные темы разговора и регулярно читаемые вещи. Нарушение способности различать фантазию и истинные воспоминания, представление и ощущение. Нарушение способности уверенно различать внутренние, придуманные события от внешних, воспринимаемых или существующих событий. Это приводит к трудностям в локализации источника ощущения/воспоминания и поэтому к неспособности различить (1) представления и ощущения и/или (2) вымыслы и истинные воспоминания. |
| <b>Нестабильные идеи отношения</b>   | Субъективные, субклинические ощущения отношения к себе, которые практически сразу исправляются на когнитивном уровне.  |
| <b>Дереализация</b>  | Проявляется либо как отчужденность от того, что видит, окружающее воспринимается нереальным, измененным и странным; обычные эмоциональные связи со своим окружением больше не существуют или становятся значительно слабее. Либо как повышение эмоциональной связи с окружающим.   |
| <b>Зрительные перцептивные нарушения</b>   | Нарушения зрительной перцепции с нарушенным восприятием окружающего в целом или отдельных его элементов. Субъект осознает, что в действительности окружающее имеет правильные размеры и форму, и связывает эти нарушения с изменением своего зрения.   |
| <b>Слуховые перцептивные нарушения</b>   | Самоописываемое нарушение или изменение качества акустических стимулов, которое не связано с внешними факторами  |

Примечание: \*SPI-A оценка выставляется при использовании Инструмента по оценке предрасположенности к шизофрении, характеризует частоту и степень выраженности симптома.

При создании данных критериев обсуждается множество вопросов, в том числе: предрасполагает ли вышеуказанный синдром исключительно к развитию шизофрении, или возможно других состояний (биполярное аффективное расстройство, шизотипическое расстройство и др.); не будет ли слишком много ложно-положительных результатов в подростковой популяции, где сложно провести разграничение между нормой и патологией; не принесет ли больше вреда, чем пользы, отнесение пациентов в эту категорию из-за стигматизации или назначения лечения с неблагоприятным соотношением польза/риск [8]. Тем не менее, синдром риска первого психоза вероятнее всего будет внесен в DSM-5, а в дальнейшем возможно и в новые редакции Международной классификации болезней.

Мы провели анализ случаев острых психотических расстройств среди военнослужащих на предмет определения возможности выявления «продромальных» признаков на этапе призыва а также провоцирующих психоз факторов. Два случая представлены ниже.

**Случай 1.** Пациент Р., возраст: 19 лет, призван на военную службу 16.11.2011.

Анамнез: со слов матери, рос и развивался нормально,

от сверстников не отставал. После расторжения брака родителей в 1997 году с матерью переехал из Украины на постоянное место жительства в Беларусь. Окончил 11 классов средней школы и строительный колледж по специальности «отделочные строительные работы». На учете врача-психиатра, нарколога не состоял. По данным Единого государственного банка данных о правонарушениях к административной и уголовной ответственности не привлекался.

По данным психолога воинской части примерно через месяц после призыва «в коллективе стал вести себя отстраненно, раздавал свои вещи». Со слов сослуживцев «две ночи подряд не спал, в речах наблюдались бредовые высказывания, проявлял неадекватную агрессию, наблюдались беспричинные всплески и падения настроения, был раздражителен, на замечания старших по званию не реагировал». 23 декабря 2011 года поступил на стационарное лечение в медицинскую роту с диагнозом «Острый бронхит», около 22:00 часов стал агрессивен, бегал по палатам, тряс кровати, порвал подушку, разбил стекло в палате, поливал себя водой, поведение не поддавалось коррекции. Была вызвана психиатрическая бригада больницы скорой медицинской помощи. С седативной

целью был назначен диазепам внутримышечно, после чего пациент стал спокойнее, но нарушения поведения сохранялись. Командиром воинской части направлен в психиатрическое отделение 432 Главного военного клинического медицинского центра ВС РФ на медицинское освидетельствование.

Результаты диагностических исследований (рентгенологических, лабораторных, инструментальных): без особенностей

Психическое состояние: сознание ясное, контакту доступен, но ввиду психотического состояния к беседе с врачом относиться не серьезно, дурачиться, улыбается, говорит, что находится в санатории «Незабудка». Спокойно усидеть на стуле не может, ерзает, смотрит по сторонам, зеваает, не к месту улыбается, говорит глупости, сам им смеется, поведение не корректирует. На вопрос о самочувствии заявляет, что чувствует себя хорошо - «за 3 дня здесь математику выучил, стал понимать цифры, довольно-таки неплохо...прикольно у вас тут, но не все это поймут, американцы точно поймут, они умные очень». Вдруг начинает говорить, что у него ассоциируются с удачей цифры 72, 355, 14 и 32, «ну и все – это большинство». Причины поступления в отделение не знает, но думает, что «для исправления поведения» потому, что в медицинской роте плохо себя вел – водой обливался, стекла бил, подушку рвал, но тут же заявил, что это не он. Затем повторяет сам себе: «Печи, Печи, Печи, баня, баня, баня...классно там служить в Печах, правда, телефоном нельзя пользоваться, но я как-нибудь спрячу в бушлате». Кладет голову на стол врача, закрывает глаза, в ответ на оклик поднимает голову, как ни в чем не бывало, улыбается, плюет себе на руку, растирает слюну, зеваает, говорит, что в медроте его расстроили, что не разрешили покурить в палате, хотя разговаривали культурно - на «Вы». На вопрос врача, как расшифровывается «МТЛБ», водителем которой являлся пациент, он начал придумывать, рассуждая вслух разные варианты: «М» - маленькая, «Б» - боевая - 100 процентов, а что означает «М» – машина, «Т» – тяжелая, а «Л» – «легко пробиваемая», а «Б» - это значит или для баранов, или план «Б» - всегда есть план «Б». Вдруг спросил, нельзя ли почитать книжку на столе врача, не поинтересовавшись даже о чем эта книжка, заявил – «надо почитать для общего развития, стал на тумбочке и стой себе читать». Затем вновь теряет нить разговора, постукивает по монитору компьютера, прислушивается к звуку, снова кладет голову на стол врача, сплевывает себе на руку, рассматривает слюну. Эмоционально неадекватен, монотонно приподнят. Мышление разорванное, паралогичное, поведение дурашливое - берет документы на столе врача, дует на страницы и смотрит, как разлетаются листы бумаги. После замечания успокаивается ненадолго. Говорит, что обливался водой в медроте, так как было жарко, а зачем рвал подушку не помнит - «память у меня плохая». Сообщил, что рад тому, что попал в эту больницу – «поспал, покурил, кормят как дома, все солдаты должны здесь побывать». Полагает, что «раз в больнице, значит заболел», а чем – не знает - «был бы врачом я бы вам рассказал». К состоянию не критичен. Требуется поскорее выписать в воинскую часть, так как должен «защищать Родину».

Психологическое исследование: к состоянию не критичен, причину госпитализации не понимает, эмоционально невыразителен, отстранен, говорит первое, что придет в голову, в связи с чем, ответы на вопросы нелепы. Тя-

готиться ситуацией обследования, периодически в ходе работы с методикой просит уйти. Нуждается в организующей и стимулирующей помощи. В процессе обобщения актуализируются латентные свойства предметов. Среди ассоциативных образов наряду со стандартными зачастую встречаются и формальные, с опорой на латентные признаки, а порой и вовсе неадекватные, не отражающие ни семантику, ни эмоциональное содержание понятия. На фоне эмоционально-мотивационного снижения процесс обобщения искажен (актуализация латентных свойств, элементы разноплановости), грубая формальность.

Проводимое лечение антипсихотическими препаратами (трифлуоперазин, рисперидон.) несколько улучшило состояние больного: стал спокойнее, поведение стало более упорядоченным, без агрессии, выполнял указания медицинского персонала, неусидчив. С диагнозом «острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении» был признан негодным к военной службе в миное время, ограниченно годным в военное время и переведен для дальнейшего лечения в психиатрическое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

В данном случае ярко описаны нарушения мышления («формальные расстройства мышления») в виде паралогичности, разорванности, при патопсихологическом исследовании выявляется искажение процесса обобщения, актуализация латентных признаков предметов, что является проявлением «разрыхления ассоциаций» (фундаментального признака шизофрении по Блейлеру), а также проявлением дезорганизации речи и коммуникации (один из основных симптомов шизофрении и «синдрома ослабленных психотических симптомов» по DSM). Учитывая выраженность нарушений мышления можно предположить, что они возможно на доклиническом уровне присутствовали у пациента и до призыва на срочную военную службу. Эмоциональную невыразительность, неадекватность можно трактовать как негативные симптомы, которые также вероятно в определенной степени были выражены до начала заболевания. Способствовать лучшему выявлению подобных состояний может способствовать знакомство врачей-психиатров призывных комиссий с современными подходами к оценке клинического риска развития психических расстройств, введение **синдрома риска первого психоза** в расписание болезней, хотя при выявлении похожих симптомов их можно трактовать как нарушение эмоций и поведения, применительно к статье 19-В Расписания болезней и требований к состоянию здоровья граждан). Пункт «в» (расстройства поведения и эмоций) ст. 19 Расписания болезней и требований к состоянию здоровья граждан может быть использован врачом-психиатром-наркологом при медицинском освидетельствовании призывников не только в случае наличия у них акцентированных черт характера, но и в случаях расстройств поведения и эмоций при других психических расстройствах, когда еще недостаточно оснований для установления более конкретной нозологической формы другого психического заболевания. Это особо значимо потому, что на ранних этапах течения психических заболеваний, в том числе и развившихся позднее острых психотических расстройств на первый план могут выступать только нарушения поведения и эмоций. Потому, прежде чем признать призывников по пункту 19-В годными к



военной службе с незначительными ограничениями необходимо исключить наличие более серьезной психической патологии и первичное обследование им желательно проводить, по нашему мнению, стационарных условиях.

**Случай 2.** Пациент К., возраст: 22 года, призван на воинскую службу 17.05.2012

Анамнез: рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Сведений об отягощенной наследственности нет. Отец – строитель, мать – вахтер. Окончил 11 классов средней школы. По данным личного дела призывника характеризовался положительно. Поступил в аграрно-технический колледж по специальности «энергетическое обеспечение сельскохозяйственного производства (электроэнергетика), но не закончил, так как не защитил диплом. После окончания службы планирует восстановиться и закончить техникум. Работал на металлургическом заводе с 2008 года и до призыва на срочную военную службу в качестве оператора поста управления участка отделки и термообработки трубопрокатного цеха. Характеризовался там добросовестным, общительным, исполнительным. На учете у врача-психиатра, нарколога не состоял, был социально адаптирован. К условиям службы адаптировался нормально. Отношения в воинском коллективе были хорошие. Из показаний сослуживцев: после отбоя 22.07.12 г. резко изменился в поведении: несколько раз спросил разрешения сходить в туалет, но, получив разрешение, не мог попасть в туалет через дверь, «ломился в стену и требовал открыть дверь», тогда его отвели в туалет за руку. Затем, видя его неадекватное состояние, плеснули в лицо холодной водой, а позднее отвели его в медицинский пункт. По дороге в медицинский пункт, был возбужден и агрессивен, к своему состоянию был не критичен, кричал: «Что, нельзя сходить в туалет?!». В медпункте он продолжал кричать, дрался и кусался. По данным объяснительной дежурного фельдшера 22.07.12 около 23.30 был доставлен рядовой. К. в неадекватном состоянии – «в располуженной воинской части пытался залезть на решетку оружейной комнаты, на обращение к нему не реагировал, был возбужден и агрессивен, сопротивлялся медицинскому осмотру, затевал драку с медперсоналом, выкрикивал свое отчество, кричал - «не пил, дай дыхну!». Затем стал заторможен и недоступен контакту. Был доставлен в 432 ГВКМЦ с диагнозом: «Кома неясной этиологии. Отравление неизвестным ядом?». При осмотре психиатром в отделении неотложной терапии и реанимации 23.07.12 около 2.00 он находился в помраченном сознании, в сопорозном состоянии, был недоступен контакту, непрерывно двигал в постели ногами, периодически выкрикивал отдельные слова – «милиция!...задержать!», реагировал болезненной гримасой на болевые раздражители. В 432 ГВКМЦ был всесторонне обследован соматически, проведен химико-токсикологический анализ крови и мочи, каких-либо токсических или психотропных веществ в биологических жидкостях обнаружено не было (оценивались этанол, др. спирты, фенобарбитал, опиинные алкалоиды и их производные, атропин, трициклические антидепрессанты, фентанил и его производные, каннабиониды). Исследование спинномозговой жидкости не выявило какой-либо патологии. Травматических повреждений не выявлено. 24.07.2012 года утром пришел в сознание, был без признаков психической патологии. Все произошедшие с ним события с 22.00 22.07.12 г. до 8.00 24.07.12 г. ам-

незировал. Со слов пациента причины поступления в 432 ГВКМЦ не знает, последнее, что помнит в день поступления это отбой и то, как ходил в туалет. Пришел в себя утром 24.07.2012 и был удивлен, что находится в больнице, о своем состоянии никаких пояснений дать не мог. Полагал, что его «довели» - «ночью облили ведром холодной воды». Осмотрен врачом-психиатром повторно, диагноз: «Острое полиморфное психотическое расстройство». Командиром воинской части направлен в психиатрическое отделение 432 Главного военного клинического медицинского центра ВС РФ на медицинское освидетельствование.

Данные объективного исследования. Со стороны внутренних органов без особенностей. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Психическое состояние: Сознание ясное, контакту доступен, ориентирован полностью, психотической симптоматики нет. Эмоционально лабилен, фон настроения не снижен. Несколько раздражителен, претенциозен. Возмущен тем, что находится в психиатрическом отделении, утверждает, что он полностью здоров, произошедшее с ним, трактует в свете плохого отношения к военнослужащим первого периода службы. Полагает, что ничего не помнит в течение нескольких суток, так как был «под наркозом в госпитале», а зачем - не знает. Заявляет, что хотел бы дослужить, настаивает на отправке его в воинскую часть, разъяснения врача не слушает. Полагает, что к нему относятся предвзято.. Мышление не нарушено. Психотический эпизод амнезировал. Критика к состоянию достаточная. Проводимое лечение антипсихотиками, противотревожными препаратами привело к быстрой регрессии психотических симптомов. В отделении распорядок не нарушал, был спокоен, подчиняем, в поведении упорядочен. Мышление не нарушено.

Психологическое исследование: идет на сотрудничество. Несколько напряжен, раздражителен. В эмоциональных проявлениях не особенно выразителен. Жалоб на момент исследования нет. Предложенные задания выполняет в полную меру сил, инструкции усваивает в полном объеме. Темп работоспособности несколько замедлен, продуктивность деятельности достаточная. Критичность отдельных суждений снижена. Доступно обобщение на уровне концептов средней степени сложности по существенному и функциональному признаку. Встретился единственный случай субъективности, случай формальности (исключил воздушный шар, объединил машину, корабль, самолет – «быстрее добраться можно»; исключил мяч, объединил конькобежца, лыжи, коньки – «лыжное»). В процессе ассоциирования образы стандартны, адекватны заданным словам. Опоры на латентные, неадекватные признаки не выявлено. Эффективность опосредованного запоминания несколько снижена. Метафоры и простые пословицы трактует успешно. Данные методики ПДО: в структуре личности преобладают черты неустойчивого и истероидного типов в рамках психопатии. Умеренная реакция эмансипации в самооценке, умеренная конфликтность. Данные методики Люшера: скептичность, потребность в отстаивании собственных установок, упорство, противодействие обстоятельствам, которое носит защитный характер. Ориентировка на собственное мнение, сопротивление внешне – средовым воздействиям. Повышенная ранимость в отношении критических замечаний со стороны окружающих, уязвимое самолюбие.

С диагнозом «острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении» был признан

## ☆ В помощь войсковому врачу

*негодным к военной службе в мирное время, ограниченно годным к военной службе в военное время.*

В данном случае на наш взгляд, несмотря на отрицательные результаты химико-токсикологического анализа, учитывая остроту состояния, нарушение сознания в виде сопора, кратковременность расстройства (до 3 суток), нельзя исключить употребление психоактивных веществ, в частности популярных в последнее время «легальных курительных смесей», «миксов» или «легальных порошков». Они широко представлены в интернете под названиями «легальные каннабиноиды», «легальные психоделики» и т.д. Особенностью этих веществ является тот факт, что фактически не известно, какие именно компоненты входят в их состав, формулы химических веществ изменены таким образом, чтобы подчеркнуть, что они не относятся к перечню запрещенных к распространению наркотических и психоактивных веществ, модифицируются крайне быстро, что затрудняет обнаружение их рутинными токсикологическими тестами. Чаще в состав «миксов» входят вещества обладающие стимулирующими свойствами, а как известно употребление каннабиноидов, психостимуляторов способно провоцировать развитие психозов, в частности шизофреноподобных. Так как подобные вещества часто не запрещены к обороту, единственной значимой мерой профилактики остается психообразовательная работа о потенциальном вреде употребления психоактивных веществ, особенно неизвестного происхождения и с неизвестными эффектами.

Таким образом, в качестве возможных способов профилактики развития острых психозов в период прохождения срочной военной службы может быть выявление ранних, доклинических феноменов, отражающих высокий риск развития психоза, на этапе призыва, а также профилактическая работа среди военнослужащих о вредных

последствиях употребления психоактивных веществ, в том числе «легальных».

### Литература

1. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр)*. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, 1992.
2. *Мосолов, С.Н.* Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001. – 238 с.
3. *Тиганов, А.С., Снежневский А.В. и др.* Общая психиатрия // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т.1. – 712 с.
4. *Шизофрения.* – Пер. с англ. / Под ред. В.Штенгелова. – Киев.: Сфера, 2005. – 488 с.
5. *Hafner, H., Maurer K., Loffler W. Et al.* The influence of age and sex on the onset and course of early schizophrenia. // Br. J. Psychiatry. – 1993. – V.162. – P.80-86.
6. *Klosterkotter, J., Ebel H., Schultze-Lutter F., Steinmeyer E.M.* Diagnostic validity of basic symptoms. // European Archives of psychiatry and clinical neurosciences. – 1996. – V.246. – P.147 – 154.
7. *Klosrelotter, J., Hellmich M., Steinmeyer E., Schultze-Lutter F.* Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. // Arch Gen Psychiatry. – 2001. – V.58. – P.158 – 164.
8. *Nelson, B., Yung AR.* Should a risk syndrome for first episode psychoses be included in the DSM-5? // Curr Opin Psychiatry. – 2011. – Vol.24(2). – P.128-133.
9. *Schultze-Lutter, F., Addington J., Ruhrmann S., Klosterkotter J.* Schizophrenia Prediction Instrument, Adult version (SPI-A). – Giovanni Fioriti s.r.l., Rome, - 2007. – 92 p.
10. *Yung, A.R., Nelson R.* Young people at ultra high risk for psychosis: a research update. // Early Intervention in psychiatry 2011. – Vol.5(Suppl.1). – P.52-57.
11. *Yung, A.R., Phillips L.J., McGorry P.D.* Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase. London: Taylor and Francis. – 2004.
12. *Yung, A.R., Phillips L.J., Yuen H.P. et al.* Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ('prodromal') group. // Schizophrenia Research. – 2003. – V. 60. – P.21-32.

Поступила 25.01.2013 г.