

© Чинарев В.А. и др., 2024

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.89-02-07; 616.89-02-084; 616.89-02-085

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-6-72-81>

## Нелеченный психоз в анамнезе: влияние на прогноз параноидной шизофрении. Клинический случай

Виталий Александрович Чинарев<sup>1,2</sup>, Елена Викторовна Малинина<sup>1</sup>, Мария Дмитриевна Обухова<sup>1</sup><sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия<sup>2</sup> ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1», Челябинск, Россия

Автор для корреспонденции: Виталий Александрович Чинарев, v.chinarev@okspnb.ru

### Резюме

**Обоснование:** в практике врачей-психиатров встречаются случаи, когда длительный период отсутствия адекватной антипсихотической терапии расстройств шизофренического спектра (РШС) приводит к непредвиденным последствиям в отношении динамики заболевания в дальнейшем. Актуальность данной проблемы обоснована большим количеством клинических и статистических наблюдений, демонстрирующих высокую распространенность этих расстройств среди пациентов психиатрических больниц. Особенности течения болезни в зависимости от длительности периода нелеченного психоза имеют научное и практическое значение, влияя на эффективность поздно начатой терапии, на долгосрочные результаты лечения, а также на качество и сроки ремиссии. **Цель исследования** — на примере клинического случая с длительным периодом нелеченного психоза оценить эффективность актуального лечения, степень редукции психотической симптоматики и прогноз параноидной шизофрении. **Пациент и методы:** клинико-психопатологический, клинико-динамический методы исследования использовали для изучения клинических проявлений заболевания у пациента с парафреническим синдромом и дефицитарной симптоматикой в рамках непрерывного типа течения параноидной шизофрении. **Результаты:** представленный клинический случай иллюстрирует проблему неблагоприятного прогноза продолжительного периода нелеченного психотического состояния. Выбор актуальной терапии состоял в комбинации типичных антипсихотических препаратов первого поколения и клозапина. **Заключение:** рассмотренное клиническое наблюдение подтверждает важность своевременного начала адекватной терапии при первом психотическом эпизоде. Длительный период нелеченного психоза негативно влияет на эффективность психофармакотерапии и исход заболевания.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, период нелеченного психоза, первый психотический эпизод, парафренический синдром

**Для цитирования:** Чинарев В.А., Малинина Е.В., Обухова М.Д. Нелеченный психоз в анамнезе: влияние на прогноз параноидной шизофрении. Клинический случай. *Психиатрия*. 2024;22(6):72–81. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-6-72-81>

### CASE REPORT

UDC 616.89-02-07; 616.89-02-084; 616.89-02-085

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-6-72-81>

## History of Untreated Psychosis: the Impact on Prognosis of Paranoid Schizophrenia. Case Report

Vitaly A. Chinarev<sup>1,2</sup>, Elena V. Malinina<sup>1</sup>, Maria D. Obukhova<sup>1</sup><sup>1</sup> South Ural State Medical University of Russian Federation Ministry of Health, Chelyabinsk, Russia<sup>2</sup> Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital № 1, Chelyabinsk, Russia

Correspondence author: Vitaly A Chinarev, v.chinarev@okspnb.ru

### Summary

**Background:** psychiatrists often face difficulties in selecting appropriate psychopharmacological treatments when patients with Schizophrenia spectrum disorders have been without adequate antipsychotic medication for a long period. This can lead to unforeseen complications and difficulties in case managing. The relevance of this issue is highlighted by numerous clinical and statistical studies that demonstrate the high prevalence of these disorders among psychiatric hospital patients. Additionally, the course of the illness can vary depending on untreated period duration, which has important scientific and practical implications for long-term treatment outcomes, therapy effectiveness, and the timing and quality of remissions. **The aim:** using a case report as an example to evaluate the impact of long-term nontreatment, we will look at the degree of improvement in psychotic symptoms and the prognosis for paranoid schizophrenia after a long period of untreated psychosis. **Patient and Methods:** clinical-psychopathological and clinical-dynamic methods were used to study the clinical manifestations in a patient with paranoid syndrome and deficit symptoms, within the context of a continuous form of paranoid schizophrenia, against the background of

a prolonged period of untreated psychosis. **Results:** the presented clinical case highlights the issue of a poor prognosis after a long period of untreated psychosis. The treatment plan consisted of a combination of traditional first-generation antipsychotics and clozapine, which has been shown to be highly effective and safe in treating paraphrenia in schizophrenia. **Conclusion:** the clinical observation in question emphasized the significance of timely and appropriate initiation of treatment at the onset of first psychotic episode. Long period of untreated psychosis have been shown to negatively impact the effectiveness of psychopharmacological therapy and the overall outcome of the illness.

**Keywords:** paranoid schizophrenia, period of untreated psychosis, first psychotic episode, paraphrenic syndrome

**For citation:** Chinarev V.A., Malinina E.V., Obukhova M.D. History of Untreated Psychosis: the Impact on Prognosis of Paranoid Schizophrenia. Case Report. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(6):72–81. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-6-72-81>

## ВВЕДЕНИЕ

За последние десятилетия в клинической практике, а также в научных исследованиях все больше внимания уделяется вопросу раннего оказания медицинской помощи при психотических расстройствах, как правило, направленной на сокращение продолжительности нелеченного психотического состояния, а также на улучшение прогноза заболевания [1]. Важность начального этапа лечения шизофрении объясняется тем, что пациенты еще не получали психотропных препаратов и не обременены изменениями, связанными с длительным течением заболевания и побочными эффектами медикаментозной терапии.

Ведущими целями комплексного подхода в лечении обострений расстройств шизофренического спектра (РШС) являются: поддержание устойчивой ремиссии, предотвращение рецидивов заболевания, коррекция остаточных продуктивных и негативных психопатологических симптомов в период ремиссии, замедление прогрессирования эндогенного процесса, а также содействие улучшению социальной интеграции и повышению качества жизни пациентов. Однако несвоевременное обращение за психиатрической помощью часто влечет за собой неуклонное прогрессирование расстройства, быстрое формирование дефицитарной симптоматики, и, как следствие, снижение социального функционирования и инвалидизацию пациентов [2, 3].

**Цель публикации** — на примере клинического случая оценить течение параноидной шизофрении с длительным периодом нелеченного психоза в анамнезе, эффективность актуальной терапии, степень редукции психотической симптоматики и прогноз заболевания.

### Этический аспект

Получено информированное согласие пациента на публикацию случая его болезни. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг., и одобрено локальным этическим комитетом Южно-Уральского государственного медицинского университета (Протокол № 5 от 10.06.2024).

### Ethic aspects

The patient signed the informed consent to publish his case in scientific journal. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of South Ural State Medical University (protocol No. 5 from 10.06.2024). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2013.

Более 140 лет назад австралийский ученый W.B. Kesteven [4] отметил, что «изменение характера и привычек» и «особенности, противоречащие обычным нормам», могут быть признаками приближающегося психического расстройства, а выявление этих особенностей на ранних стадиях позволяет предотвратить развитие более развернутого состояния, а именно — «присоединение психического расстройства с галлюцинациями, иллюзиями и бредом». Впоследствии, но все еще более 100 лет назад, О.Р. Napier Pearn в 1919 г. [5] писал, что «странности» и «отклонения от нормального поведения или особенности в речи», которые остаются без медицинского вмешательства, могут сопровождаться галлюцинациями и бредом; однако, если такой «эмбриональный психотик» попадает в поле зрения психиатра на ранней стадии, то ответ на лечение оказывается «весьма удовлетворительным». Эти ранние работы, а также более позднее исследование L. Souaiby и соавт. [6], как отмечено в обзоре N. Nkire и соавт. (2023) [7], стали основой развития современных концепций продромального периода психоза, особенно в связи с введением подхода раннего вмешательства и поиском еще более новых моделей, которые могут задержать или даже предотвратить переход от продромального периода к психотическому заболеванию и связанным с ним функциональным и личностным последствиям [7, 8].

Шизофрению относят к хроническим психическим заболеваниям с разнообразными формами течения и неблагоприятным исходом, негативно влияющим на все сферы жизни человека. Это представление сохраняется и в настоящее время, несмотря на значимые достижения в психофармакологии и психотерапии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) шизофрения занимает 9-е место среди причин нетрудоспособности в мире и рассматривается как одна из первостепенно значимых проблем общественного здравоохранения [9].

Продолжительность нелеченного психоза, определяемая как период между началом психотических симптомов и началом активного терапевтического вмешательства, неразрывно связана с прогнозом шизофрении [10]. Известно, что и сами пациенты, и их родственники не всегда способны самостоятельно распознать психопатологические симптомы. Зачастую требуется длительное время для обращения пациентов и/или их близких за профессиональной помощью, что

приводит к задержке диагностики расстройств и назначения лечения [11].

Важность начального этапа лечения первого психотического эпизода при РШС, а также успех терапии во многом определяются промежутком времени между появлением первой психотической симптоматики и началом оказания медицинской помощи. Есть основания полагать, что чем позднее начинается лечение, тем хуже прогноз относительно развития необратимых процессов в виде формирования дефекта личности и несостоятельности. В ряде случаев лечение пациента начинается после длительного периода нелеченного психоза, что затрудняет подбор медикаментозной терапии, а также ухудшает динамику расстройств и течение заболевания в целом [12, 13]. Проблема отсроченного начала специализированной психиатрической помощи сопряжена со множеством факторов. К ним относятся уровень преморбидного функционирования пациентов, клиническая картина психоза, темп прогрессирования заболевания, социальные, экономические и культуральные особенности семей пациентов, низкая осведомленность общества о психических расстройствах и неоптимальная деятельность психиатрических служб [14, 15].

В исследованиях последних лет показано отрицательное влияние продолжительного периода нелеченного психоза на эффективность медикаментозного лечения, усиление тяжести продуктивных и негативных симптомов, меньшую вероятность установления ремиссии, количество рецидивов заболевания в дальнейшем, выраженное нарушение социального функционирования, аутизацию [16–18]. Между тем сроки начала терапии являются одними из немногих потенциально модифицируемых факторов в лечении и динамике шизофрении и РШС, что напрямую влияет на результат оказываемой психиатрической помощи.

В современной практике лечения шизофрении доминирует подход, предполагающий равную антипсихотическую эффективность препаратов первого и второго поколения, основное различие между которыми заключается в спектре побочных действий. При первичном обращении с психотическим эпизодом предпочтительно назначение атипичных нейролептиков нового поколения, для которых известна низкая частота неврологических расстройств. Вместе с тем традиционные нейролептики первых поколений рекомендуются для случаев неэффективной предшествующей терапии, несмотря на высокий риск возникновения экстрапирамидной симптоматики [19]. Недостатком данной стратегии следует считать игнорирование индивидуальных клинических особенностей пациента при выборе нейролептика, что противоречит традиционному клиническому подходу в отечественной психиатрии, принимающему во внимание эти факторы для обеспечения оптимального результата лечения.

В ходе исследования, проведенного в прошлом десятилетии, было выявлено значительное различие

в эффективности атипичных нейролептиков нового поколения и традиционных антипсихотических препаратов при лечении обострения непрерывно текущей параноидной шизофрении. Терапия, включающая использование сочетания клозапина с типичными антипсихотическими средствами (галоперидола), показала свою способность максимально оперативно купировать обострения заболевания, а также доказала высокую эффективность при различных симптомокомплексах и разной продолжительности болезни. Показано формирование критического отношения к своему состоянию у пациентов с манифестацией эндогенного процесса. Такой подход к лечению представляется более результативным по сравнению с применением атипичных нейролептиков нового поколения, в особенности у больных с синдромом психического автоматизма, парафренией и длительным течением заболевания [20, 21].

Представленный клинический случай иллюстрирует проблему неблагоприятного прогноза после продолжительного периода нелеченного психотического состояния.

#### **Клиническое наблюдение**

Пациент, 31 год, мужчина, рост 178 см, вес 71 кг. Впервые проходил стационарное лечение в мужском клиническом отделении первого психотического эпизода ГБУЗ «ОКСПНБ № 1», г. Челябинска с 25.09.2023 г. по 08.12.2023 г.

#### **Анамнез жизни**

В психиатрический стационар поступает впервые. Наследственность психопатологически неотягощена. Пациент родился в полной семье, единственный общий ребенок у родителей, от поздней первой беременности, на момент родов матери было 32 года, а отцу 55 лет. Родился доношенным, родовой процесс осложнился гипоксией плода, при рождении выставлен диагноз энцефалопатии. В последующем рос и развивался наравне со сверстниками. Посещал детский сад, стремился к общению с детьми, проявлял заинтересованность в коллективных играх. В школу пошел с 7 лет, учился по общеобразовательной программе, преимущественно на «хорошо» и «удовлетворительно», интереса к какому-либо конкретному предмету не проявлял, а отношения со сверстниками со школьной скамьи уже тогда носили более формальный характер. Окончил 9 классов по основной программе. Далее продолжил обучение в Автодорожном техникуме, к учебе относился нейтрально, без мотивации. После окончания техникума поступил в высшее учебное заведение, где удерживался на протяжении двух лет, после чего прекратил обучение из-за отсутствия интереса к образовательному процессу и субъективного ухудшения психологического состояния при пребывании в больших коллективах сверстников. По окончании обучения и до настоящего времени нигде не работал. В возрасте 10 лет получил ушиб головы от удара качелей, сознания не терял, за медицинской помощью не обращался. Срочную военную службу не проходил по причине



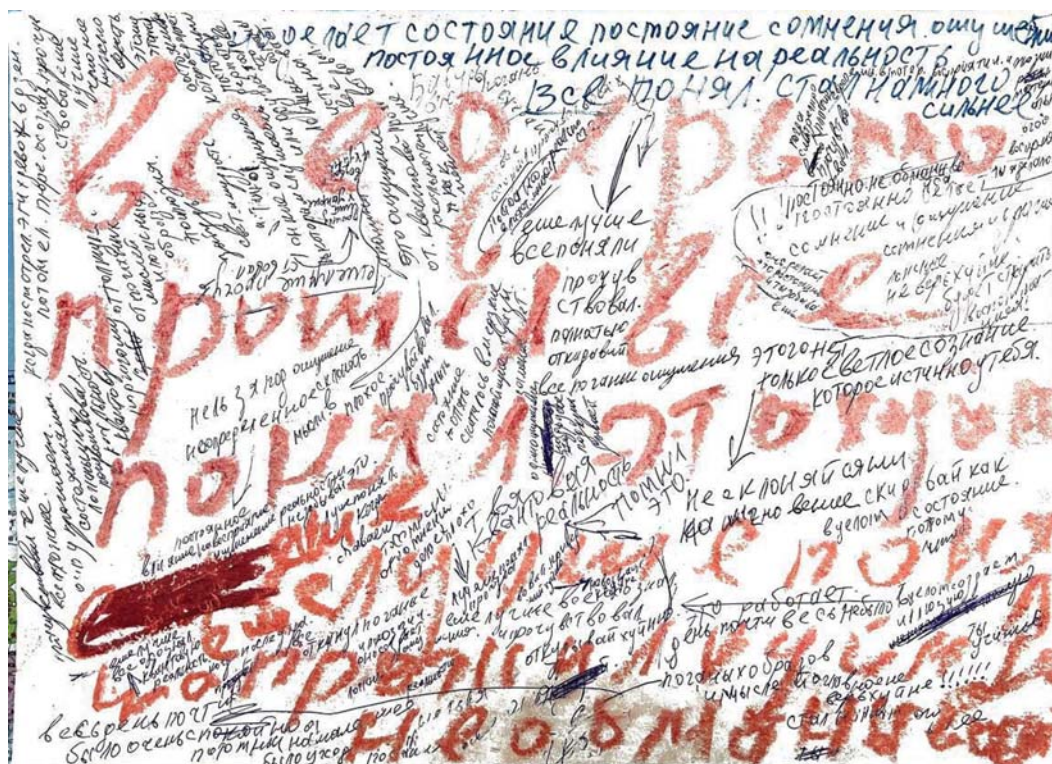
хронического соматического заболевания — псориаза. Женат не был, детей нет, в настоящее время проживает в квартире с родителями, находится на их полном иждивении.

**Анамнез болезни**

В возрасте 10 лет без видимых причин стала появляться тревога, беспредметная настороженность, стереотипные действия (плевался, открывал и закрывал дверь, проверял бытовые приборы). Со слов пациента, после обращения к неврологу был выставлен диагноз «невроз» и назначены седативные препараты растительного происхождения (какие именно — указать затрудняется). При соблюдении рекомендаций врача симптоматика вскоре купировалась. Тогда стал отмечать, что очень восприимчив к критике и легко поддается влиянию других людей, в том числе учителей. По этой же причине считает, что у него были средние оценки, так как ему «внушали, что он недостаточно умный, чтобы учиться лучше». В период обучения в средней школе стал отстраняться от сверстников, замкнулся, ощущал внутренний дискомфорт при общении в больших компаниях. В последующем состоянии постепенно ухудшалось. В период обучения в техникуме стал более настороженно относиться к однокашникам и преподавателям, сузился круг общения до двух знакомых. К концу обучения в техникуме пациент и вообще перестал с кем-либо общаться. При последующей попытке получения образования вновь стал тяготиться пребыванием в окружении большого количества людей, с которыми необходимо общаться до такой степени, что решил досрочно прекратить обучение. Отмечал,

что чувствовал воздействие на себя извне и был вынужден ему сопротивляться. Испытывал трудности во взаимодействии с противоположным полом, пробовал выстраивать отношения с девушками в период обучения, но самостоятельно прекращал их, опасаясь «плохого влияния девушек» на себя. Позже окончательно утратил влечение к противоположному полу.

Ухудшение своего состояния пациент связывает с перенесенным в 2020 г. заболеванием COVID-19. Во время болезни был вынужден долгое время находиться дома. Именно тогда понял, что к нему «пришло просветление и высшие силы». Стал интересоваться информацией по теме «просветления», вести дневник, в котором отмечал свое состояние, давал оценку своим эмоциям и действиям, нецензурно бранил сам себя «за слабую волю», а в записях размышлял на тему «слабой воли и влияния на него высших сил», (одна из страниц прилагается — рис. 1, 2). Считал свое состояние нормальным, к врачам не обращался, своими мыслями относительно ситуации ни с кем не делился. Состояние ухудшилось в августе 2023 г., пространно описывал свое самочувствие как «апатичное и гнетущее под влиянием мыслей о греховности своих действий, слабой воле и постоянном противостоянии с темными силами». В середине сентября 2023 г., со слов пациента, испытал сильное воздействие извне, которое он мог почувствовать на себе — «лежал в постели, а тело буквально выворачивало наизнанку, и ощущения такие ужасные — вибрации, волны, очень тяжело было». Через несколько дней состояние ухудшилось, настроение сменилось с апатичного на аффективно



**Рис. 1.** Отрывок дневника пациента. Запись сделана до госпитализации  
**Fig. 1** Excerpt from the patient’s diary. The recording was made before hospitalization

заряженное. В состоянии двигательного возбуждения бил себя по голове, пытаюсь «избавиться от дурных мыслей», не мог спать несколько дней перед поступлением в отделение, проявлял словесную и физическую агрессию в адрес матери (бросался подушкой, бранился и кричал), где-то бесцельно бродил. В связи с таким состоянием был госпитализирован в отделение первого психотического эпизода «ОКСПНБ № 1» г. Челябинска.

**Психический статус при поступлении.** После приглашения самостоятельно пришел на беседу. Внешний вид неряшливый, длинные спутанные волосы собраны сзади в хвост, на лице неаккуратные и неухоженные усы и борода, лицо худое. Сознание ясное. Ориентирован в собственной личности, месте и во времени. Вступает в контакт не сразу, но на вопросы отвечает развернуто, подробно, охотно делится собственными размышлениями о «мироустройстве». На вопрос о наличии жалоб и причинах госпитализации сообщает, что у него «все отлично, жалоб нет и чего-то необычного он за собой или в своем поведении не замечает». Признается, что согласился находиться в отделении по настоянию матери. Расценивает это событие как опыт, который ему «послали высшие силы» для того, чтобы ему было легче находиться в окружении людей и с ними общаться. Говорит, что «вначале не понимал,

зачем мне это все нужно, но потом пришло осознание, что это опыт, и с людьми стало проще находиться. Можно сказать, божьи силы направили, потому что раньше в социуме совсем тяжело было». После общих вопросов о жизни решает поделиться переживаниями. Сообщает, что у него шевелятся волосы на руках, так его направляют «высшие силы и божественные существа». Утверждает, что такие ощущения есть абсолютно у всех людей, просто не все принимают эти знаки и свои силы: «у других тоже есть способности, например, мысли читать, влиять на других людей», но, по словам больного, у него из таких способностей только «ощущение того, как его направляют в нужное русло божественные силы и существа».

Рассказывает, что у него всегда была борьба с влиянием на него извне — негативного и дурного, «темного» влияния, чувствует потребность постоянно бороться с искушениями и «тонкими ощущениями», которые сбивают его душу с истинного пути, например, очень пагубно на него действуют социальные сети, особенно негативные высказывания и порнография. Логически связывает эти высказывания с эпизодом из жизни, когда в один день решил удалить все закладки с порнографией в социальной сети. Хотя этот процесс дался ему достаточно трудно, «пришлось буквально перебарывать себя и свои желания», после удаления файлов ощутил легкость и «наполнение души светом», а также «погружение в божественное состояние», к которому теперь стремится.

Относительно «божественного состояния» рассуждает, что «частица творца есть в каждом человеке». Признается, что общается на эту тему с другом по переписке, который тоже стремится к просветлению. Тут же сообщает, что «однажды шел по улице и увидел мужчину кавказской национальности, который мог читать мысли и даже влиять на них, но этот мужчина не принимал своей сущности и божественного дара, поэтому в итоге сделать этого не мог». Делится своими наблюдениями, что «у каждого человека есть аура своего цвета, которая исходит от тела и можно ее видеть, только пока сил на это нет». Пациент сообщает, что «... бывает, словно меня направляют куда-то, руки сами тянутся дверь открыть...». Рассказывает о божественном влиянии и возвращается к описанию собственного мировосприятия: «совершенно разные, ощущения и состояния, вот, например, трансляторы...». При расспросе поясняет, что на Венере есть специальные «трансляторы», которые действуют абсолютно на всех жителей Земли и посылают различные ощущения, искажают реальность, поэтому у каждого человека свой мир и своя реальность, на которую действуют, в том числе социальные сети, неся негатив. Достаточно подробно и образно рассказывает об эпизоде, произошедшем с ним два года назад, когда стал слышать голоса и приказы высших сил: когда смотрел на дверь, ведущую в сад, «высшие силы говорили, что нельзя выходить в сад, ты пожалеешь об этом», «но руки как будто сами двери открывали». На вопрос о том, слышал

ощущение... высшие силы... божественное состояние... трансляторы... Венера... голоса... приказы

**Рис. 2.** Отрывок дневника пациента. Запись сделана до госпитализации

**Fig. 2** Excerpt from the patient's diary. The recording was made before hospitalization



ли он еще когда-нибудь голоса, вспомнил случай, когда увидел на улице цыганку, а после услышал плач и крик ребенка между домов, но ребенка там не оказалось. Через некоторое время он вновь встретил цыганку и «она переродилась, видимо расстроилась сильно, что ребенка украли, и взгляд у нее совсем другой был, другой человек».

Начиная разговор про семью и отношения с матерью, переходит к религиозной теме, православию, к которому несколько раз пыталась приобщить его мать. Тут же оживленно начинает убеждать, что православная вера (как и другое вероисповедание), это все «не настоящее, создавалось корыстными людьми, чтобы другие люди не знали правды, не знали реальности и жили в “мистериуме”, поклонялись фальшивым божествам. А единственное истинное и верное — это божественные существа и частица творца внутри каждого из нас, но не все это принимают и поэтому живут в иллюзиях». От темы «веры» переходит к теме «воли», доверительно сообщает, что использует интернет не в качестве источника информации или досуга, а исключительно для тренировки воли. В суждениях непоследователен, то говорит, что «хочет творить добро, животных очень любит, уже пробовал узнавать насчет волонтерства или может быть работы в приюте для животных, но то, что буду дальше добрыми делами заниматься — это точно». При этом отказывается начинать «нести свет и делать добрые дела», пока лежит в отделении по причине «отсутствия сил на это сейчас».

Рассуждая на тему добродетели, пациент постепенно развивает эти мысли и возвеличивает себя. Уверяет, что у него «есть особая связь с высшими силами... а еще частица творца, которые направляют меня на путь истинный... да и нести этот свет в мир надо». Описывая, как будет «нести просветление», утверждает, что является «буквально посланником высших сил и человеком, которому высшие силы доверяют доносить свои мысли до других, непросвещенных людей». Аргументирует это тем, что сам в свое время смог найти «путь истинный», а теперь дошел до уровня, на котором «...надо другим помогать уходить из неправильной реальности и работать над своей волей».

Пациент ведет личный дневник в форме диалога с самим собой, в котором отражает особенно яркие события, а также дает оценку своим мыслям, эмоциям, поведению и внутренней силе, время от времени нецензурно браня самого себя. В записях периодически обращается к себе по имени, текст пишет на всю страницу, без полей и абзацев, достаточно аккуратно, но, когда начинает бранить себя за плохие мысли или слабую волю, почерк становится крупным и размашистым, меняя цвет и направление текста. В дневнике, помимо критики своих мыслей, действий и эмоций, производит записи «контрольных точек» своей жизни, благодаря чему может отслеживать изменение реальности вокруг в период «просветления».

В процессе сбора анамнеза жизни часто переключается на темы о «высших существах» и «воле,

внутренней силе духа», при направляющей помощи психиатра не всегда возвращается к нужной теме вопроса. Интеллект соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Внимание неустойчивое, переключаемое. Суицидальных мыслей нет. К поведению и болезни критика полностью отсутствует, считает, что «психических болезней никаких не существует», а его нахождение в больнице — это «испытание».

**Соматоневрологический статус на момент поступления.** Общее состояние удовлетворительное. Удовлетворительного питания, нормостенического телосложения. Температура тела — 36,7 °С. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, без высыпаний, тургор кожи физиологичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, артериальное давление 115 и 75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень при пальпации безболезненна, не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Без очаговой неврологической симптоматики. Отеков нет.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Экспериментально-психологическое исследование.** В ходе проведенного исследования у испытуемого на первый план выступает снижение способности к организации продуктивной интеллектуальной деятельности и волевым усилиям, выявляются мотивационные нарушения мышления в виде разноплановости суждений, склонности к рассуждательству. Общий темп психической деятельности неравномерный. При исследовании признаков патопсихологического органического симптомокомплекса отмечается снижение большинства видов памяти, кроме оперативной, и неравномерность общего темпа. Присутствует волевое снижение: через достаточно короткое время начинает тяготиться интеллектуальной нагрузкой, жаловаться, что сейчас «находится в состоянии неосознанности, поэтому результат будет не такой, как если бы он был в состоянии осознанности», неоднократно возвращается к этой теме на протяжении исследования.

**Лабораторные показатели.** Общий анализ крови, общий анализ мочи, функциональные пробы печени, креатинин, тиреотропный гормон, глюкоза натощак — без отклонений от нормы. Антитела к сифилису, гепатиту В, гепатиту С, вирусу иммунодефицита человека отсутствуют.

**Магнитно-резонансная томография головного мозга.** Данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе мозга, ликвородинамических нарушений не выявлено.

**Динамика психического состояния на фоне терапии.** Учитывая острое психотическое состояние пациента, в качестве купирующей терапии были назначены инъекционные формы типичных антипсихотических препаратов (галоперидол 15 мг/сут, хлорпромазин 100

мг/сут), а после снижения выраженности продуктивной симптоматики пациент был переведен на поддерживающую терапию с применением таблетированной формы галоперидола 20 мг/сут и клозапина 150 мг/сут. В связи с появлением экстрапирамидной симптоматики в виде акатизии добавлен корректор бипериден (4 мг/сут). На фоне поддерживающего лечения отмечается ослабление психотической симптоматики: поведение упорядочилось, бредовые идеи дезактуализировались, стал меньше их высказывать, наладился сон. Пациент адаптировался в отделении, включался в общение с другими пациентами и присоединялся к беседам, но участвовал в них больше формально. За внешним видом следил недостаточно. Отмечалось нарастание волевых нарушений, заинтересованности в трудовой деятельности не проявлял, время проводил в палате.

В клинической картине преобладали выраженные расстройства мышления по процессуальному типу в виде затруднений ассоциативного процесса, нарушения целенаправленности мышления, а также дефицитарная симптоматика с нарастанием эмоционально-волевого компонента. Реальных планов на будущее не строит, критика к своей болезни не сформирована.

#### Клинический диагноз

Согласно клинической картине заболевания, данных анамнеза, динамического наблюдения, инструментальных и психологических исследований наиболее вероятный диагноз F20.004 — шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, парафренный синдром с формированием эмоционально-волевого дефекта, неполная ремиссия.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническое наблюдение демонстрирует особенности течения параноидной шизофрении у пациента с длительным периодом нелеченного психоза, во время которого поэтапно формировалась структура заболевания. Начало инициального периода с неврозоподобными проявлениями относится к детскому возрасту. Преморбидные особенности личности характеризовались преобладанием сензитивно-шизоидных черт, с манифестацией в пубертатном периоде психопатоподобного поведения с социальной дезадаптацией и появлением трудностей коммуникации в коллективе сверстников в старших классах. Можно предположить, что манифестация психоза наступила в возрасте до 20 лет, и по структуре имела характер бредовых идей с элементами синдрома Кандинского–Клерамбо и последующим быстрым развитием систематизированного парафренного синдрома. В начальный период отмечено преобладание чувственного бреда, широкий диапазон психопатологических проявлений, несистематизированность и незавершенность психопатологических симптомов. В дальнейшем бредовые идеи величия становятся преобладающими в клинической картине, приобретая более выраженное мегаломаническое содержание. Вероятно, вследствие несвоевременного

обращения за медицинской помощью уже при первой госпитализации состояние пациента характеризовалось стойкой полиморфной психотической симптоматикой с ведущим парафренным синдромом и эмоционально-волевым дефицитом.

Выбранная актуальная терапия, включающая комбинацию клозапина и галоперидола, в данном клиническом случае продемонстрировала способность существенно улучшить состояние больного за счет дезактуализации психотических переживаний, что подтверждает ее предпочтительность по сравнению с атипичными нейролептиками нового поколения.

Согласно ряду исследований клозапин применяется преимущественно при лекарственной резистентности, т.е. в случаях, когда другие антипсихотические препараты оказываются неэффективными, особенно у пациентов с различными формами шизофрении. Использование препарата при манифестных формах в качестве терапии первой линии считается нецелесообразным из-за высокого риска возникновения побочных эффектов [22]. Однако современные данные и результаты исследований показывают, что типичные нейролептики могут быть рекомендованы и как препараты первого выбора для широкого круга пациентов с шизофренией на ранних стадиях заболевания благодаря их эффективности и безопасности, в том числе при систематизированном парафренном синдроме в рамках непрерывнотекущей шизофрении [23].

Несмотря на глубокий, иногда психотический уровень симптоматики, возникающей вслед за продромальным доманифестным периодом, это, как правило, не служит поводом к обращению за специализированной помощью, даже с учетом выраженного снижения социального функционирования [24]. В случае манифестации психотического расстройства пациенты обращаются за психиатрической помощью слишком поздно. Средний срок от появления психотических симптомов до обращения за специализированной помощью и назначения антипсихотической терапии составляет примерно 8,5 мес, при этом только треть пациентов получает помощь психиатров в первые два месяца после возникновения симптомов [25]. Недостаточная осведомленность о психических заболеваниях, опасения, связанные с социальными последствиями (самостигматизация и стигматизация), недостаточно тщательный осмотр врачами общего профиля и ошибки диагностики при первичном обращении за психиатрической помощью — основные факторы, приводящие к позднему обращению за медицинской помощью и отсроченному началу лечения [26, 27].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение подчеркивает значимость своевременного и адекватного начала терапии при первом психотическом эпизоде. Отсрочка в начале лечения может привести к устойчивым изменениям в психическом состоянии пациента

и ухудшению общего прогноза заболевания. Длительный период нелеченного психоза не только негативно сказывается на эффективности психофармакотерапии, значительно снижая ее результативность, но и оказывает неблагоприятное влияние на общее функционирование пациентов, включая социальные, личные и профессиональные аспекты их жизни. Раннее вмешательство способствует не только купированию острых симптомов, но и повышению качества жизни пациента в дальнейшем, что делает своевременность обращения за медицинской помощью особенно актуальной.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Williams R, Ostinelli EG, Agorinya J, Minichino A, De Crescenzo F, Maughan D, Puntis S, Cliffe C, Kurtulmus A, Lennox BR, Cipriani A. Comparing interventions for early psychosis: a systematic review and component network meta-analysis. *EclinicalMedicine*. 2024 Mar 14;70:102537. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102537. PMID: 38516103; PMCID: PMC10955207.
- Столяров СА. Клинико-динамические характеристики терапевтических ремиссий после острых параноидных психозов у больных шизофренией на лечении нейролептиками разных поколений. *Психиатрия*. 2020;18(2):21–31. doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-21-31  
Stolyarov SA. Kliniko-dinamicheskiye kharakteristiki terapevticheskikh remissiy posle ostrykh paranoidnykh psikhozov u bol'nykh shizofreniyey na lechenii neyroleptikami raznykh pokoleniy. *Psichiatriya (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(2):21–31. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-21-31
- Петрова НН, Цыренова КА. Клинико-терапевтические факторы, влияющие на социальную адаптацию больных шизофренией. *Психиатрия*. 2021;19(4):26–33. doi: 10.30629/2618-6667-2021-19-4-26-33  
Petrova NN, Tsyrenova KA. Clinical and Therapeutic Factors Affecting the Social Adaptation of Patients with Schizophrenia. *Psichiatriya (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(4):26–33. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2021-19-4-26-33
- Kesteven WB. On the early phases of mental disorders, and their treatment. Part 1. *J Ment Sci*. 1881;27:353–359.
- Napier Pearn OP. Psychoses in the Expeditionary Forces. *Journal of Mental Science*. 1919;65(269):101–108. doi: 10.1192/bjp.65.269.101
- Souaiby L, Gaillard R, Krebs MO. Durée de psychose non traitée: état des lieux et analyse critique [Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis]. *Encephale*. 2016 Aug;42(4):361–366. French. doi: 10.1016/j.encep.2015.09.007. Epub 2016 May 6. PMID: 27161262
- Nkire N, Kinsella A, Russell V, Waddington JL. Duration of the psychosis prodrome and its relationship to duration of untreated psychosis across all 12 DSM-IV psychotic diagnoses: Evidence for a trans-diagnostic process associated with resilience. *Eur Neuro-psychopharmacol*. 2024 Mar;80:5–13. doi: 10.1016/j.euroneuro.2023.12.005. Epub 2023 Dec 20. PMID: 38128335.
- Ajnakina O, Rodriguez V, Quattrone D, di Forti M, Vassos E, Arango C, Berardi D, Bernardo M, Bobes J, de Haan L, Del-Ben CM, Gayer-Anderson C, Jongsma HE, Lasalvia A, Tosato S, Llorca PM, Menezes PR, Rutten BP, Santos JL, Sanjuán J, Selten JP, Szöke A, Tarricone I, D'Andrea G, Richards A, Tortelli A, Velthorst E, Jones PB, Arrojo Romero M, La Cascia C, Kirkbride JB, van Os J, O'Donovan M, Murray RM; EU-GEI WP2 Group. Duration of Untreated Psychosis in First-Episode Psychosis is not Associated with Common Genetic Variants for Major Psychiatric Conditions: Results From the Multi-Center EU-GEI Study. *Schizophr Bull*. 2021 Oct 21;47(6):1653–1662. doi: 10.1093/schbul/sbab055. PMID: 33963865; PMCID: PMC8562562.
- Philip BV, Cherian A, Shankar R, Rajaram. Severity of disability in persons with schizophrenia and its sociodemographic and illness correlates. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2020;36(1):80–86. doi: 10.4103/ijsp.ijsp\_3\_19
- Cavalcante DA, Coutinho LS, Ortiz BB, Noto MN, Cord-eiro Q, Ota VK, Belangeiro SI, Bressan RA, Gadelha A, Noto C. Impact of duration of untreated psychosis in short-term response to treatment and outcome in antipsychotic naïve first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2020 Dec;14(6):677–683. doi: 10.1111/eip.12889. Epub 2019 Oct 21. PMID: 31637865.
- Friis S, Melle I, Johannessen JO, Røssberg JI, Barder HE, Evensen JH, Haahr U, Ten Velden Hegelstad W, Joa I, Langeveld J, Larsen TK, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum PW, McGlashan TH. Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis. *Psychiatr Serv*. 2016 Apr 1;67(4):438–443. doi: 10.1176/appi.ps.201400558. Epub 2015 Nov 16. PMID: 26567932.
- Zhang T, Cui H, Wei Y, Tang X, Xu L, Hu Y, Tang Y, Liu H, Wang Z, Chen T, Li C, Wang J. Duration of Untreated Prodromal Psychosis and Cognitive Impairments. *JAMA Netw Open*. 2024 Jan 2;7(1):e2353426. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.53426. PMID: 38277145; PMCID: PMC10818213.
- Smart SE, Agbedjro D, Pardiñas AF, Ajnakina O, Alameda L, Andreassen OA, Barnes TRE, Berardi D, Camporesi S, Cleusix M, Conus P, Crespo-Facorro B, D'Andrea G, Demjaha A, Di Forti M, Do K, Doody G, Eap CB, Ferchiou A, Guidi L, Homman L, Jenni R, Joyce E, Kassoumeri L, Lastrina O, Melle I, Morgan C, O'Neill FA, Pignon B, Restellini R, Richard JR, Simonsen C, Španiel F, Szöke A, Tarricone I, Tortelli A, Üçok A, Vázquez-Bourgon J, Murray RM, Walters JTR, Stahl D, MacCabe JH. Clinical predictors of antipsychotic treatment resistance: Development and internal validation of a prognostic prediction model



- by the STRATA-G consortium. *Schizophr Res.* 2022 Dec;250:1–9. doi: 10.1016/j.schres.2022.09.009. Epub 2022 Oct 12. PMID: 36242784; PMCID: PMC9834064.
14. Зайцева ЮС. Значение показателя «длительность нелеченного психоза» при первом психотическом эпизоде шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2007;17(1):72–79. Zaytseva YuS. Znacheniyе pokazatelya “dlitelnost nelechennogo psikhoza” pri pervom psikhoticheskom epizode shizofrenii. *Social and Clinical Psychiatry.* 2007;17(1):72–79. (In Russ.).
  15. Шашкова НГ, Гажа АК. Первый психотический эпизод: особенности оказания психиатрической помощи больным в современных условиях. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2020;30(2):80–90. Shashkova NG, Gazha AK. The first psychotic episode: peculiarities of providing mental health services to patients under modern conditions. *Social and Clinical Psychiatry.* 2020;30(2):80–90. (In Russ.).
  16. Agarwal M, Dissanayake J, Agid O, Bowie C, Brierty N, Chintoh A, De Luca V, Diaconescu A, Gerretsen P, Graff-Guerrero A, Hawco C, Herman Y, Hill S, Hum K, Husain MO, Kennedy JL, Kiang M, Kidd S, Kozloff N, Maslej M, Mueller DJ, Naeem F, Neufeld N, Remington G, Rotenberg M, Selby P, Siddiqui I, Szacun-Shimizu K, Tiwari AK, Thirunavukkarasu S, Wang W, Yu J, Zai CC, Zipursky R, Hahn M, Foussias G. Characterization and prediction of individual functional outcome trajectories in schizophrenia spectrum disorders (PREDICTS study): Study protocol. *PLoS One.* 2023 Sep 21;18(9):e0288354. doi: 10.1371/journal.pone.0288354. PMID: 37733693; PMCID: PMC10513234.
  17. Карякина МВ, Рычкова ОВ, Шмуклер АБ. Когнитивные нарушения при шизофрении в зарубежных исследованиях: нарушение отдельных функций или группа синдромов? *Современная зарубежная психология.* 2021;(10):8–19. Karyakina MV, Rychkova OV, Shmukler AB. Cognitive impairments in schizophrenia in foreign studies: single function deficits or group of syndromes? *Journal of Modern Foreign Psychology.* 2021;10(2):8–19. (In Russ.).
  18. Griffiths SL, Bogatsu T, Longhi M, Butler E, Alexander B, Bandawar M, Everard L, Jones PB, Fowler D, Hodgekins J, Amos T, Freemantle N, McCrone P, Singh SP, Birchwood M, Upthegrove R. Five-year illness trajectories across racial groups in the UK following a first episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023 Apr;58(4):569–579. doi: 10.1007/s00127-023-02428-w. Epub 2023 Jan 30. PMID: 36717434; PMCID: PMC10066114.
  19. Чинарев ВА, Малинина ЕВ. Первый психотический эпизод: клинико-диагностические аспекты и терапевтические подходы. *Доктор.Ру.* 2024;23(7):102–112. Chinarev VA, Malinina EV. The first psychotic episode: clinical and diagnostic aspects and therapeutic approaches. *Doctor.Ru.* 2024;23(7):102–112. (In Russ.). doi: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-102-112
  20. Данилов ДС. Антипсихотическая терапия параноидной шизофрении с непрерывным течением (сравнительное исследование эффективности клозапина, рисперидона, оланзапина и высокопотентных традиционных нейролептиков). *Российский психиатрический журнал.* 2009;(3):71–80. Danilov DS. Antipsychotic drug therapy of continuous paranoid schizophrenia (a comparative study of the efficacy of clozapine, risperidone, olanzapine and high potency traditional neuroleptics). *Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry.* 2009;(3):71–80. (In Russ.).
  21. Субботская НВ. Острые парафренические состояния в клинике приступообразно-прогредиентной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2015;115(11-2):49–56. Subbotskaya NV. Acute paraphrenic states in the clinical presentation of attack-like schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2015;115(11–2):49–56. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro201511511249-56.
  22. Стойчев КР, Иванов К, Кожухаров Х, Хрусафов ДС, Александрова М, Бъркашка ДА. Нейролептики в лечении шизофрении (обзор литературы). *Человек. Спорт. Медицина.* 2016;16(3):25–36. Stoychev KR, Ivanov K, Kozhukharov KV, Khrusafov DS, Aleksandrova M, B'rkashka DA. Antipsychotics in schizophrenia treatment (literature review). *Human Sport. Medicine.* 2016;16(3):25–36. (In Russ.).
  23. Подсеваткин ВГ, Шубин ДЮ, Колмыков ВА, Говш ЕВ, Разгадова ЕА. Сравнительная характеристика современных фармакологических подходов к лечению шизофрении. В сб.: XLIX Огарёвские чтения. Материалы научной конференции: в 3 ч. Саранск: Издательство Национального исследовательского Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарёва. 2021;(1):220–225. ISBN: 978-5-7103-4163-6. Podsevatkin VG, Shubin DYu, Kolmykov VA, Govsh EV, Razgadova EA. Sravnitel'naya kharakteristika sovremennykh farmakologicheskikh podkhodov k lecheniyu shizofrenii. In: XLIX Ogarevskie chteniia. Materialy nauchnoi konferentsii: v 3 ch. Saransk: Izdatel'stvo Natsional'nogo issledovatel'skogo Mordovskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.P. Ogareva. 2021;(1):220–225. (In Russ.).
  24. Salazar de Pablo G, Guinart D, Correll CU. What are the physical and mental health implications of duration of untreated psychosis? *Eur Psychiatry.* 2021 Mar 29;64(1):e46. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.22. PMID: 33775268; PMCID: PMC8316447.
  25. Абрамов ВА, Лихолетова ОИ, Путятин ГГ. Клинический анализ инициального продрома шизофрении во временном и гендерно-возрастном аспектах.

*Журнал психиатрии и медицинской психологии.* 2012;2(29):15–29.

Abramov VA, Likholetova OI, Putyatin GG. Clinical analysis of initial prodrome of schizophrenia in temporal, gender and age aspects. *The Journal of Psychiatry and Medical Psychology.* 2012;2(29):15–29. (In Russ.).

26. Berendsen S, Van HL, van der Paardt JW, de Peuter OR, van Bruggen M, Nusselder H, Jalink M, Peen J, Dekker JJM, de Haan L. Exploration of symptom dimensions and duration of untreated psychosis within a

staging model of schizophrenia spectrum disorders. *Early Interv Psychiatry.* 2021 Jun;15(3):669–675. doi: 10.1111/eip.13006. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32558322; PMCID: PMC8246761.

27. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2014 Aug;205(2):88–94. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753. Epub 2014 Aug 1. PMID: 25252316.

#### **Сведения об авторах**

*Виталий Александрович Чинарев*, ассистент, кафедра психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России», заведующий отделением первого психотического эпизода, ГБУЗ ОКСПНБ № 1 г. Челябинска, Челябинск, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>  
v.chinarev@okspnb.ru

*Елена Викторовна Малинина*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России», Челябинск, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-5811-4428>, Scopus ID: 36700078600  
malinina.e@rambler.ru

*Мария Дмитриевна Обухова*, студентка, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России», Челябинск, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3356-1162>  
maria.obuhova2014@yandex.ru

#### **Information about the authors**

*Vitaly A. Chinarev*, Assistant Professor, Department of Psychiatry, South Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Head of Psychiatric unit of the first episode, GBUZ OKSPNB No. 1 Chelyabinsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>  
v.chinarev@okspnb.ru

*Elena V. Malinina*, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Psychiatry Department, South Ural State University of the Ministry of Health of Russia, Chelyabinsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-5811-4428>, Scopus ID: 36700078600  
malinina.e@rambler.ru

*Maria D. Obuhova*, student, South Ural State University of the Ministry of Health of Russia, Chelyabinsk, Russia, <https://orcid.org/0009-0003-3356-1162>  
maria.obuhova2014@yandex.ru

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*  
*The authors declare no conflict of interests.*

Дата поступления 08.05.2024  
Received 08.05.2024

Дата рецензирования 23.10.2024  
Revised 23.10.2024

Дата принятия к публикации 24.10.2024  
Accepted for publication 24.10.2024