

УДК 616.895.87:[616.89-008.441.1:615]–03

Скрипников Андрей Николаевич

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава, Украина

Кидонь Павел Владимирович

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава, Украина

г. Полтава, ул. Медицинская, 1, 36013, кафедра психиатрии, наркологии и
медицинской психологии

(067) 256 50 38

kidonpasha@mail.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАНИФЕСТАЦИИ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ

**CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE PARANOID SCHIZOPHRENIA
MANIFESTATION, COMBINED WITH THE CANNABINOIDS USE**

Резюме

Целью данной работы являлось исследование клинико-психопатологической симптоматики и её выраженности у пациентов, употребляющих каннабиноиды, во время манифестации шизофренического процесса. В результате комплексного обследования больных выявлены синдромальные особенности психоза, тематическая специфичность бредовых идей, степень выраженности психопатологической симптоматики. Полученные данные могут использоваться для диагностики шизофрении во время первой госпитализации, а также при проведении профилактических, терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: параноидная форма шизофрении, манифестация шизофрении, каннабиноиды, коморбидная патология.

Resume

The aim of this work was research of clinical and psychopathological symptomatology and its severity in patients who use cannabinoids, during the manifestation of schizophrenic process.

Syndromic features of psychosis, the thematic specificity of delusions, severity of psychopathological symptoms were showed with the complex examination of patients. The obtained data can be used for the diagnosis of schizophrenia during the first hospitalization, and also at carrying out preventive, therapeutic and rehabilitation measures.

Key words: paranoid schizophrenia, manifestation of schizophrenia, cannabinoids, comorbid pathology.

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения по-прежнему остается одной из наиболее сложных теоретических и практических проблем современной биологии и медицины. Она является самым распространенным психозом, достигая в популяции частоты 1-1,5%. Ежегодно в мире регистрируется 2 млн. новых случаев этого заболевания [1]. В ряде отчетов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) контроль над исследованиями в области шизофрении назван одной из ее приоритетных задач [2]. Такая заинтересованность во многом объясняется огромными общественными затратами, связанными с шизофренией и её медико-социальными последствиями, крайне неблагоприятным влиянием этого заболевания на показатели здоровья населения в целом [3].

Ранняя диагностика шизофрении имеет большое значение при проведении последующих терапевтических и реабилитационных мероприятий. Манифестация данного заболевания представляет собой развитие выраженных клинических феноменов после периода бессимптомного (стертого) течения. Психопатологические симптомы на доманифестном этапе обычно называют дебютом шизофрении (доманифестная симптоматика) [2].

За последние десятилетия в Украине наблюдается устойчивая тенденция к росту количества подростков с аддиктивным поведением, связанного со злоупотреблением различными психоактивными веществами (ПАВ). Масштабы и темпы этого явления настолько велики, что ставят под угрозу физическое, психическое и нравственное здоровье молодежи в нашей стране [4, 5]. Данная тенденция имеет место и среди пациентов, страдающих различными формами психической патологии, в том числе и больных шизофренией [6, 7]. Существующая проблема коморбидности психической и наркологической патологии с высокими показателями заболеваемости, отсутствием единого подхода к квалификации и лечению таких больных, а также высокая заинтересованность исследователей разных стран в изучении данного вопроса определяют актуальность представленного исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 173 пациента с диагнозом шизофрения, параноидная форма (F20.0), которые получали стационарную психиатрическую помощь в Полтавской областной клинической психиатрической больнице им. А.Ф. Мальцева в период 2010-2015 гг. Все 173 пациента были мужчинами в возрасте 18-47 лет (средний возраст $29,3 \pm 6,2$ лет). Пациенты были разделены на две клинические группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 83 пациента с сопутствующим основному заболеванию употреблением каннабиноидов в доманифестном периоде. Контрольную группу составили 90 больных параноидной формой шизофрении без сопутствующей аддиктивной патологии.

Основными методами исследования были клинико-anamнестический и клинико-психопатологический. Для объективизации степени выраженности психопатологических симптомов была использована психометрическая шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [8]. Обработка полученных данных с определением среднего арифметического и критерия достоверности Стьюдента осуществлялась методами математической статистики с применением программы Microsoft Excel пакета программы Microsoft Office 2010 [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Во время манифестации параноидной формы шизофрении у обследованных пациентов были выявлены следующие синдромы: апатико-абулический (1 пациент; 0,58%), галлюцинаторный (1 пациент; 0,58%), галлюцинаторно-параноидный (54 пациента; 31,21%), гебоидный (4 пациента; 2,31%), депрессивно-параноидный (15 пациентов; 8,67%), маниакально-параноидный (23 пациента; 13,29%), онейроидно-кататонический (3 пациента; 1,73%), параноидный (65 пациентов; 37,58%), синдром Кандинского-Клерамбо (7 пациентов; 4,05%).

Апатико-абулический синдром проявлялся трудностью концентрации внимания, эмоциональным оскудением, безынициативностью, утратой интереса к учебе и какой-либо деятельностью вообще, ангедонией, отвлеченной мечтательностью со склонностью к эксплозивным эпизодам.

Галлюцинаторный синдром имел клинику острого вербального псевдогаллюциноза моновокального, диалогического либо поливокального характера с моно- или политематическим содержанием

Гебоидный синдром характеризовался потерей просоциальных тенденций и преобладанием таких расстройств, как негативизм, неспособность контролировать свое поведение, эмоциональная холодность, расторможенность влечений и жестокость.

Депрессивно-параноидный синдром проявлялся сочетанием депрессивных, бредовых, сенсорных и моторных расстройств. В клинике депрессивного аффекта

наблюдались тоска, тревога, страх, отчаяние. Содержание бреда было конгруэнтным доминирующему аффекту: идеи самообвинения при тревожно-тоскливом аффекте, бред преследования, ущерба, самообвинения или нигилизма при аффекте страха.

Маниакально-параноидный синдром проявлялся повышенным настроением в сочетании с различными формами образного, реже интерпретативного бреда.

Онейроидно-кататонический синдром проявлялся двигательными расстройствами в форме акинезии (кататонический ступор) или гиперкинеза (кататоническое возбуждения) на фоне онейроидного расстройства сознания.

Параноидный синдром проявлялся сочетанием интерпретативного или интерпретативно-образного бреда с сенсорными расстройствами в форме психических автоматизмов и (или) вербальных галлюцинаций. В зависимости от преобладания в структуре параноидного синдрома того или иного из указанных компонентов мы выделяем бредовый (собственно параноидный) или галлюцинаторный (галлюцинаторно-параноидный) его варианты.

Синдром Кандинского-Клерамбо проявлялся симптомами отчуждения или потери больным ощущение собственного "Я", феноменами «открытости» или «внешнего воздействия» в сочетании с бредовыми идеями воздействия и преследования.

При изучении синдромальных особенностей манифеста шизофрении у пациентов основной группы обнаружено, что у 33 (39,76%) больных присутствовал галлюцинаторно-параноидный синдром, у 22 (26,54%) – параноидный, у 21 (25,3%) – маниакально-параноидный синдром, у 2 (2,4%) – депрессивно-параноидный, у 2 (2,4%) – онейроидно-кататонический, 1 (1,2%) – галлюцинаторный синдром, у 1 (1,2%) – гебоидный и у 1 (1,2%) пациента мы наблюдали синдром Кандинского-Клерамбо.

При изучении синдромальных особенности манифеста шизофрении у пациентов контрольной группы выявлено, что у 43 (47,79%) имел место параноидный синдром, у 21 (23,34%) – галлюцинаторно-параноидный, у 13 (14,44%) – депрессивно-параноидный, у 6 (6,66%) пациентов мы наблюдали синдром Кандинского-Клерамбо, у 3 (3,33%) – гебоидный, у 2 (2,22%) – маниакально-параноидный, у 1 (1,11%) – апатико-абулический синдром и у 1 (1,11 %) мы наблюдали онейроидно-кататонический синдром.

Суммарное распределение ведущих психопатологических синдромов при манифестации параноидной формы шизофрении у обследованных пациентов представлено в Табл. 1.

Таблица 1

Распределение ведущих психопатологических синдромов манифестации параноидной формы шизофрении у обследованных пациентов (N=173)

Психопатологический синдром	Клинические группы	
	Основная группа (N=83)	Контрольная группа (N=90)
Галлюцинаторно-параноидный	39,76%	23,34%
Параноидный	26,54%	47,79%
Маниакально-параноидный	25,3%	2,22%
Депрессивно-параноидный	2,4%	14,44%
Онейроидно-кататонический	2,4%	1,11%
Галлюцинаторный	1,2%	–
Гебоидный	1,2%	3,33%
Синдром Кандинского-Клерамбо	1,2%	6,66%
Апатико-абулический	–	1,11%
Всего:	100%	100%

Анализируя полученные данные, обращает на себя внимание преобладание у пациентов основной клинической группы синдромов, проявлениями которых были расстройства ощущений и восприятий (галлюцинаторный, галлюцинаторно-параноидный, онейроидно-кататонический и синдром Кандинского-Клерамбо) (44,56%). В то же время, в контрольной группе данная симптоматика наблюдалась в 31,11% случаях ($p>0,05$). Также было выявлено статистическое недостоверное преобладание параноидного синдрома (его бредового варианта) у пациентов контрольной группы (47,79%) по сравнению с основной (26,54%) ($p>0,05$).

Статистически достоверным оказалось преобладание маниакальной симптоматики в рамках маниакально-параноидного синдрома у пациентов основной группы (25,3%) по сравнению с пациентам контрольной (2,22%) ($p<0,05$).

Бредовые идеи были ведущим симптомом у пациентов обеих клинических групп. Они наблюдались в рамках бредовых и аффективных синдромов у 79 (95,18%) больных основной группы. Анализ бредовой фабулы показал, что у 18 (22,78%) пациентов наблюдались бредовые идеи преследования, у 15 (18,98%) – воздействия, у 11 (13,92%) – отношения, у 4 (5,06%) – изобретения и открытия, у 1 (1,26%) – самоуничужения, у 1 (1,26%) – ограбления, у 1 (1,26%) – знатного происхождения, у 1 (1,26%) – ревности, у 1 (1,26%) – богатства, а у 26 (32,96%) больных присутствовало бред религиозно-мистического характера. В связи с распространенностью религиозно-мистической тематики бреда мы выделили ее в отдельную группу, включающую мистический бред, бред мессианства, манихейский, архаичный, одержимости, колдовства, греховности.

Изучая тематику бредовых идей у пациентов контрольной группы (85 пациентов; 94,44%) было выявлено, что у 22 (24,71%) имели место бредовые идеи воздействия, у 21 (24,71%) – преследования, у 19 (22,35%) – отношения, у 7 (8,26%) – реформаторства, у 4 (4,71%) – изобретения и открытия, у 4 (4,71%) – ипохондрические идеи, у 1 (1,18%) – самообвинения и религиозно-мистическая фабула наблюдалась у 8 (9,37%) пациентов.

Суммарное распределение бредовых фабул у обследованных обеих клинических групп представлены в Табл 2.

Таблица 2

Распределение фабул бредовых идей у обследованных пациентов (N=164)

Фабула бреда	Клинические группы	
	Основная группа (N=79)	Контрольная группа (N=85)
Преследования	22,78%	24,71%
Воздействия	18,98%	24,71%
Отношения	13,92%	22,35%
Изобретения и открытия	5,06%	4,71%
Самоуничжения	1,26%	–
Ограбления	1,26%	–
Знатного происхождения	1,26%	–
Богатства	1,26%	–
Ревности	1,26%	–
Реформаторства	–	8,26%
Самообвинения	–	1,18%
Ипохондрические	–	4,71%
Религиозно-мистическая	32,96%	9,37%
Всего:	100%	100%

При анализе полученных данных выявлено статистически достоверное преобладание религиозно-мистической тематики бредовых идей среди пациентов основной группы (32,96%) по сравнению с контрольной (9,32%) ($p < 0,05$).

По нашему мнению значительная доля данной бредовой фабулы у пациентов основной группы связана с преобладанием маниформного аффекта во время каннабиноидной интоксикации, которая обычно ассоциируется с психопатологической симптоматикой. Во время манифестации шизофрении, которая аналогично каннабисному опьянению сопровождалась психопатологическими синдромами, у больных на фоне эйфории

формировалось ощущение «избранности», «посвященности», «одаренности божественным знанием».

Определенную роль в формировании религиозно-мистического бреда могут играть и механизмы катестетического и голотимного бредообразования, что подтверждается большим количеством расстройств ощущений и восприятий, а также маниакальной симптоматикой при манифесте шизофрении у пациентов основной группы. Например, сенсорные и двигательные автоматизмы создавали почву для бредовых интерпретаций внедрения в тело сверхъестественного существа. Другим примером может служить имеющиеся у пациента бредовые идеи мессианства конгруэнтные маниакальному аффекту.

Результаты обследования пациентов обеих групп по шкале PANSS в Табл. 3, где указаны средние значения (M) по каждому симптому.

Таблица 3

Результаты обследования по шкале PANSS пациентов обеих клинических групп (N=173)

Группа Симптом	Основная (N=83)	Контрольная (N=90)
P1. Бред	4,33	4,41
P2. Дезорганизация мышления	3,19	3,21
P3. Галлюцинаторное поведение	4,51	3,87
P4. Возбуждение	4,87	3,76
P5. Идеи величия	4,05	2,09
P6. Подозрительность / преследования	3,84	3,93
P7. Враждебность	4,54	3,32
Итого (шкала позитивных симптомов)	29,33	24,59
N1. Уплощенный аффект	2,68	3,54
N2. Эмоциональное отстранение	2,57	3,79
N3. Трудности в общении	3,12	3,88
N4. Пассивное социальное отстранение	2,63	4,13
N5. Трудности в абстрактном мышлении	3,41	3,37
N6. Брак в спонтанности и затруднения течения общения	2,36	2,71

N7. Стереотипизированное мышление	3,87	3,72
Итого (шкала негативных симптомов)	20,64	25,14
G1. Соматические жалобы	3,29	2,46
G2. Тревога	2,87	3,19
G3. Чувство вины	2,39	3,39
G4. Напряжение	2,46	2,95
G5. Манерность и позирование	1,21	1,11
G6. Депрессия	1,67	3,89
G7. Моторная ретардация	2,37	2,69
G8. Нежелание сотрудничать	3,71	2,48
G9. Необычное содержание мыслей	3,02	3,23
G10. Дезориентация	1,37	1,12
G11. Плохое внимание	1,91	1,91
G12. Недостаточность суждения и способности к пониманию	4,25	3,28
G13. Расстройства воли	2,51	3,85
G14. Недостаточность контроля импульсов	3,11	2,17
G15. Загруженность психическими переживаниями	2,23	3,19
G16. Активное социальное избегание	2,87	2,91
Итого (шкала общей психопатологии)	41,24	43,82
Итого	91,21	93,55

Проведя статистическую обработку представленных данных в Табл.3, мы обнаружили, что в основной группе во время манифестации шизофренического процесса баллы по шкале позитивных симптомов были статистически выше, чем у пациентов контрольной ($p < 0,001$). В то же время по шкале негативных симптомов наблюдалась обратная картина: баллы у пациентов контрольной группы оказались статистически выше ($p < 0,001$). Баллы по шкале общей психопатологии были примерно равными у всех обследованных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

1. Пациенты, страдающие параноидной формой шизофрении, с употреблением каннабиноидов в доманифестном периоде, и больные без аддиктивной отягощенности составляют две клинически неоднородные субпопуляции с различной манифестной синдромологией и тематической неоднородностью психопатологических феноменов.

2. У пациентов основной группы во время манифестации шизофренического процесса доминирует маниакальная симптоматика в рамках маниакально-параноидного синдрома.

3. Специфической особенностью бредовой фабулы у пациентов основной группы является значительная распространенность религиозно-мистической тематики, во многом объясняемая возникновением при шизофрении магического кризиса идентичности, при котором личность под давлением духовных и социальных проблем погружается в оккультные представления и мистические переживания.

4. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с употреблением каннабиноидов, во время манифестации позитивная симптоматика более, а негативная менее выражены в сравнении с больными, не употребляющими ПАВ.

Выявленные в ходе данного исследования клинические и психопатологические особенности пациентов с параноидной формой шизофрении, употребляющих в доманифестном периоде каннабиноиды, могут быть полезными для диагностики шизофрении во время первой госпитализации, а также при проведении профилактических, терапевтических и реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sonnik G., Napreenko O., Skripnikov A. (2006) *Psichiatriya* [Psychiatry]. Kyiv : «Zdorovya». (in Ukrainian)

2. Davydov D., Gumenyuk M., Obedkov V. (2005) Pervichnyj analiz akusherskih, ginekologicheskikh i perinatal'nyh faktorov riska shizofrenii [The primary analysis of obstetric, gynecologic and perinatal risk factors of schizophrenia]. *Psychiatry*, no 6, pp. 24–29.

3. Shherbakova I. (2006) Aktivaciya vrozhdennogo immuniteta pri shizofrenii [Activation of innate immunity in schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*, no 10, pp. 79–82.

4. Stepanova N. (2013) Additivna povedinka yak faktor rozvitku psihichnih ta povedinkovih rozladiv u pidlitkiv [Addictive behavior as a factor in the development of mental and behavioral disorders in adolescents]. *Archives of psychiatry*, no 1, p. 198.

5. Tabachnikov S., Lebedev D., Trofimchuk G., Martinova Y. (2009) Epidemiologichna situaciya shhodo vzhivannya psihoaktivnih rechovin v Ukraïni [Epidemiologic situation of substance use in Ukraine]. *Archives of psychiatry*, no 1, pp. 81–88.

6. Agaev A. (2006) Klinicheskaya kartina i terapiya shizofrenii u bol'nyh, ranee zloupotreblyayushhimi opijnymi narkotikami [The clinical picture and therapy of schizophrenia in patients, who previously abused opium-drugs]. *Vrach-aspirant*, no 2, pp. 171–180.

7. Epstein J., Barker P., Vorburger M., Murtha C. (2004) *Serious mental illness and its co-occurrence with substance use disorders, 2002*, Rockville : Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

8. Goncharov V. (2010) Ispol'zovanie shkaly PANSS i nejropsihologicheskikh testov pri differenciacii shizofrenii i komorbidnoj patologii [The use of the scale of PANSS and neuropsychological tests in differentiating schizophrenia and comorbid pathology]. *Klinicheskaya psihiatriya*, no 3, pp. 52–56.

9. Zyuzin V., Kostrikov A., Filatova V. (2002) *Statistichni metodi v ohoroni zdorov'ya ta medicine* [Statistical methods in health care and medicine]. Poltava : without edition. (in Ukrainian)