

# КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ШИЗОФРЕНИИ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИОИДОВ

*[И. Ю. Климова, А. А. Овчинников](#)*

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава  
России (г. Новосибирск)*

С целью выявления клинико-динамических аспектов коморбидности шизофрении с синдромом зависимости от употребления каннабиоидов были обследованы 56 пациентов (F 20.0; F12.0 по МКБ-10). Средний возраст испытуемых составил  $27 \pm 4$  года. Использовалось информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Длительность заболевания от 1 до 5 лет. Исследование проводилось на этапе отсутствия острой психотической симптоматики, отсутствия интоксикации, вызванной приемом психоактивных веществ. Использовались следующие методы: клинический метод, полуструктурированное психиатрическое интервью, Шкала оценки позитивных симптомов (SAPS), Шкала оценки негативных симптомов (SANS), Шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS). Проведенное исследование показало динамичное развитие шизофренического процесса с преобладанием психопатоподобной симптоматики на фоне формирования апатоабулического состояния, со страхом смерти в виде моносимптома, превалированием бредовых идей религиозного содержания, не стойкостью и не выраженностью галлюцинаций.

*Ключевые слова:* шизофрения, коморбидность, каннабиноидная зависимость, бредовые идеи, галлюцинации.

---

**Климова Ирина Юрьевна** — ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета социальной работы и клинической психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 241-99-18, e-mail: iri.c2012@yandex.ru

**Овчинников Анатолий Александрович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии наркологии и психотерапии факультета социальной работы и клинической психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 241-99-18, e-mail: anat1958@mail.ru

---

*Актуальность.* Формирование зависимости к психоактивным веществам (ПАВ) на патологически измененной «почве» в отечественной литературе исследовано недостаточно, многие аспекты проблемы остаются спорными и малоизученными [1–5, 11]. Большинство исследований посвящено особенностям клинической картины шизофрении на фоне формирования опийной наркомании [4–8]. Аналогичных работ, касающихся зависимости от каннабиноидов, немного. Имеющиеся исследования не отражают всей полноты проблемы, многие ее аспекты трактуются противоречиво, нет единого мнения в отношении первичности развития наркологического или психического заболевания у пациентов с коморбидной патологией, отсутствуют эффективные терапевтические программы [7–11].

*Цель исследования:* выявить клинико-динамические аспекты коморбидности шизофрении с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов.

*Материалы и методы.* В исследовании участвовали 56 пациентов, имеющих диагноз шизофрении с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов (F 20.0; F12.0 по МКБ-10). Средний возраст испытуемых составил  $27 \pm 4$  года. Использовалось информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Длительность заболевания от 1 до 5 лет. Исследование проводилось на этапе отсутствия острой психотической симптоматики, отсутствия интоксикации, вызванной приемом психоактивных веществ.

Использовались следующие методы: клинический метод, полуструктурированное психиатрическое интервью, Шкала оценки позитивных симптомов (SAPS), Шкала оценки негативных симптомов (SANS), Шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

*Результаты исследования.* Среди 37 % ( $p < 0,001$ ) пациентов в клинической картине шизофрении доминируют в основном неврозоподобные симптомы в разных вариациях — навязчивые фобии: нозофобии, клаустрофобия, социофобия, танатофобия. Навязчивый страх смерти (танатофобия) выступает в виде моносимптома у 19 % ( $p < 0,001$ ) пациентов. Отмечено динамичное развитие защитных действий, занимающих ведущее место. Особенности шизофренических навязчивостей у лиц с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов являются малая выраженность фобического компонента на фоне активного стремления к их преодолению.

У 35 % ( $p < 0,001$ ) пациентов в клинической картине параноидной шизофрении, сочетанной с каннабиноидной наркоманией, преобладают неврозоподобные расстройства (13 %,  $p < 0,001$ ). В 43 % ( $p < 0,001$ ) шизофренические изменения личности выражены не резко, их нарастание происходит постепенно и они не достигают глубоких степеней, свойственных злокачественному и прогрессивному типу непрерывно текущей шизофрении. У 67 % ( $p < 0,001$ ) бредовые расстройства религиозного содержания, у 14 % ( $p < 0,001$ ) бред реформаторства. В 71 % ( $p < 0,001$ ) галлюцинаторные расстройства нестойкие или отсутствуют вообще, чаще проявляются в рудиментарной форме эпизодически (табл. 1–3).

У 42 % ( $p < 0,001$ ) на первый план выступают грубые психопатоподобные явления

истероформного типа — припадки, эгоцентризм, театральность и лживость, фантазирование, уход в болезнь, истерические сумеречные состояния. Внешние проявления истерических феноменов значительно демонстративнее, чем при истинной истерии (18 %,  $p < 0,001$ ). За психопатоподобной симптоматикой скрыта аутистическая установка личности, неразвернутые бредовые идеи отношения, расстройства мышления. Внешние проявления болезни, как правило, однообразные, стереотипные. У 67 % ( $p < 0,001$ ) обнаруживается выраженное эмоциональное снижение и значительная социальная дезадаптация, а также психопатоподобные расстройства (71 %,  $p < 0,001$ ), проявляющиеся в нарушениях влечений: в повышении, понижении или извращениях полового влечения, резких изменениях аппетита, вкусовых ощущений, жажды. Часто отмечается склонность к бродяжничеству (73 %,  $p < 0,001$ ). Характерно снижение психической активности, выражающееся в вялости, утомляемости (47 %,  $p < 0,001$ ). Часто возникают поверхностные изменения настроения (59 %,  $p < 0,001$ ). Депрессии сочетаются со слезливостью и раздражительностью (38 %,  $p < 0,001$ ). Гипоманиакальные состояния (19 %,  $p < 0,001$ ) сопровождаются беспечностью и эйфорией (табл. 4).

У 57 % ( $p < 0,001$ ) больных шизофренией с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов на первый план выступает деперсонализационный синдром с преобладанием чувства собственной измененности. Больные жалуются на утрату гибкости и остроты ума, образности представлений, способности к сопереживанию, эмоциональных реакций. Эти явления могут сопровождаться явлениями дереализации, когда окружающий мир представляется измененным, безжизненным, застывшим (71 %,  $p < 0,001$ ), табл. 1-4.

В ряде случаев (15 %,  $p < 0,001$ ) нарушается сознание идентичности собственного «Я».

В 21 % ( $p < 0,001$ ) случаев шизофрении с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов сочетается с ипохондрическими проявлениями. На первый план выступают жалобы на стойкие синестопатии (71 %,  $p < 0,001$ ). Больные жалуются на боли во всем теле, утомляемость. Жалобы носят довольно стереотипный, однообразный характер. Их общий вид не соответствует тяжести предполагаемого заболевания. Обращает на себя внимание наличие различных своеобразных, трудно поддающихся описанию болезненных ощущений в различных частях тела (48 %,  $p < 0,001$ ). Они нередко носят вычурный, необычный для соматически больных характер. В 36 %,  $p < 0,001$  эти ощущения приобретают парадоксальную окраску («бульканье в голове», «переливание мозгов», «щекотание черепа» и т. д.).

В 87 % ( $p < 0,001$ ) случаев больные замкнуты, молчаливы, безрадостны. Они безучастны к происходящим вокруг них событиям, эгоистичны. По отношению к близким людям в 81 % ( $p < 0,001$ ) случаев настроены враждебно. В 93 % ( $p < 0,001$ ) случаев возможны приступы беспричинной агрессии по отношению к окружающим.

В 93 % ( $p < 0,001$ ) случаев мимика маловыразительна, голос — монотонный (табл. 1, 2).

В 87 % ( $p < 0,001$ ) случаев обращает на себя внимание неаккуратный внешний вид таких пациентов. Они перестают за собой следить: не моются, не меняют одежду.

*Таблица 1*

### **Результаты Шкалы краткой психиатрической оценки**

Симптомы	Факторы				
	I, кол-во, %	II, кол-во, %	III, кол-во, %	IV, кол-во, %	V, кол-во, %
12 — галлюцинации	+ /87% (p < 0,001)	—	—	—	—
15 — необычные мысли	++ /75% (p < 0,001)	—	—	—	—
3 — эмоциональная отгороженность	—	++ /37% (p < 0,001)	—	—	—
16 — притупление аффекта	—	+ /45% (p < 0,001)	—	—	—
13 — моторная заторможенность	—	+ /39% (p < 0,001)	—	—	—
14 — отказ от сотрудничества	—	+++ /71% (p < 0,001)	+++ /71% (p < 0,001)	—	—
10 — враждебность	—	—	+++ /84% (p < 0,001)	—	—
11 — подозрительность	++ /82% (p < 0,001)	—	++ /41% (p < 0,001)	—	—
9 — пониженное настроение	—	—	—	++ /17% (p < 0,001)	—
5 — чувство вины	—	—	—	+ / 11% (p < 0,001)	—
2 — тревога	—	—	—	+++ /32% (p < 0,001)	—
17 — возбуждение	—	—	—	—	+++ /41% (p < 0,001)
18 — дезориентация	—	—	—	—	++ /37% (p < 0,001)
7 — манерность и поза	—	—	—	—	++ /42% (p < 0,001)
4 — концептуальная дезорганизация	+ /79% (p < 0,001)	+ /17% (p < 0,001)	—	—	++ /63% (p < 0,001)
6 — напряженность	—	—	—	+++ /33% (p < 0,001)	++ /67% (p < 0,001)
7 — соматическая озабоченность	—	+ /49% (p < 0,001)	—	—	—
8 — идеи величия	+ /12% (p < 0,001)	—	—	—	—

*Примечание.* Суммарные коэффициенты (вес) факторной нагрузки признака: + слабый; ++ умеренный; +++ сильный.

I фактор (галлюцинаторно-бредовой или параноидный) — симптомы 12, 15, 4, 11 и 8.

II фактор (гебефренный) — симптомы 3, 16, 13, 14, 7 и 4.

III фактор (паранойяльный) — симптомы 10, 11 и 14.

IV фактор (тревожно-депрессивный, меланхолический) — симптомы 9, 5, 2, 1 и 6.

V фактор (острый психотический) — симптомы 17, 18, 7, 4 и 6.

Таблица 2

## Результаты шкалы позитивной симптоматики (SAPS)

Признаки	Факторы				
	1	2	3	4	5
Галлюцинации					
Слуховые галлюцинации	—	—	—	—	—
Комментирующие голоса	—	—	—	37 % (p < 0,001)	—
Голоса, разговаривающие между собой	—	—	—	—	—
Телесные или тактильные галлюцинации	—	—	68 % (p < 0,001)	—	—
Обонятельные галлюцинации	—	—	—	57 % (p < 0,001)	—
Зрительные галлюцинации	—	—	—	—	—
Бред					
Бред преследования	—	—	48 % (p < 0,001)	—	—
Бред ревности	—	—	—	—	—
Бред виновности или греховности	—	—	37 % (p < 0,001)	—	—
Бред величия	—	—	—	—	—
Религиозный бред	—	—	—	59 % (p < 0,001)	2 % (p < 0,001)
Ипохондрический бред	—	—	—	—	—
Бред (идея) отношения	—	—	—	—	—
Бред воздействия	—	—	—	—	—
Бред открытости (чтения) мыслей	—	—	—	—	—
Трансляция мыслей	—	—	3 % (p < 0,001)	—	—
Бредовые идеи вкладывания мыслей	—	—	—	—	—
Бредовые идеи отнятия мыслей	—	—	—	—	—
Необычное поведение					
Одежда и внешний вид	—	—	—	—	—
Социальное и сексуальное поведение	—	—	—	—	—
Агрессивное поведение и возбуждение	—	—	—	37 % (p < 0,001)	23 % (p < 0,001)
Повторяющееся или стереотипное поведение	—	—	—	—	—
Формальные нарушения мышления (недефицитарные)					
Соскальзывания (разрыхление ассоциации)	—	—	—	—	—
Ответы по касательной (тангенциальность мышления)	—	—	—	64 % (p < 0,001)	—
Разорванность мышления (инкогеренция, словесная окрошка, шизофазия)	—	—	—	—	—
Паралогичность	—	—	—	14 % (p < 0,001)	—

Обстоятельность	—	—	—	—	23 % (p < 0,001)
Речевой напор (логорея)	—	—	—	—	—
Отвлекаемость	—	—	—	18 % (p < 0,001)	45 % (p < 0,001)
Ассоциации по созвучию	—	—	—	—	—

Таблица 3

### Результаты шкалы негативной симптоматики (SANS)

Признак	Факторы				
	1	2	3	4	5
Уплотнение и ригидность аффекта					
Обеднение мимики	—	—	17 % (p < 0,001)	—	—
Снижение спонтанной подвижности	—	—	—	45 % (p < 0,001)	—
Обеднение выразительности моторики	—	—	—	—	—
Избегание контакта взглядом	—	—	25 % (p < 0,001)	47 % (p < 0,001)	3 % (p < 0,001)
Уплотнение аффекта	—	—	—	9% (p < 0,001)	—
Неадекватность аффекта (паратимии)	—	—	67 % (p < 0,001)	—	11 % (p < 0,001)
Монотонность, снижение выразительности речи	—	—	—	—	—
Нарушения речи					
Обеднение словарного запаса	—	—	13 % (p < 0,001)	—	—
Обеднение тематики разговора	—	—	—	48 % (p < 0,001)	32 % (p < 0,001)
Обрывы мыслей	—	—	—	—	28 % (p < 0,001)
Ответы с задержкой	—	—	—	—	5 % (p < 0,001)
Апатоабулические расстройства					
Уход за собой	—	—	—	—	—
Снижение продуктивности в работе или учебе	—	—	—	56 % (p < 0,001)	23 % (p < 0,001)
Снижение физического энергетического потенциала	—	—	—	39 % (p < 0,001)	42 % (p < 0,001)
Внимание					
Невнимательность в контакте	—	—	—	37 % (p < 0,001)	23 % (p < 0,001)
Невнимательность при психологическом тестировании	—	—	—	41 % (p < 0,001)	18 % (p < 0,001)

**Результаты шкалы позитивной и негативной психопатологической симптоматики (PANSS)**

Признаки	Факторы*						
	1	2	3	4	5	6	7
Негативные							
Эмоциональная отгороженность	0,23	—	—	0,23	0,24	—	—
Пассивно-апатическая социальная отгороженность	0,21	0,21	—	—	0,24	—	—
Нарушение спонтанности и плавности общения	—	—	—	—	—	—	—
Притупленный аффект	—	0,2	0,21	—	—	—	—
Трудности в общении	0,27	0,2	—	0,21	0,37	0,21	—
Нарушения внимания	—	0,2	—	—	0,3	—	—
Активная социальная устранимость	—	—	—	—	—	0,27	—
Моторная заторможенность	0,31	—	—	—	—	—	—
Расстройство воли	—	—	0,23	—	0,28	0,2	—
Манерность и поза	0,21	0,23	0,34	0,2	0,2	0,2	—
Позитивные							
Необычное содержание мыслей	0,21	0,29	0,21	0,23	0,2	—	—
Бред	—	—	0,22	—	—	—	—
Идеи величия	—	—	—	—	—	—	—
Снижение критичности	0,21	0,21	—	0,21	0,2	0,2	—
Галлюцинации	0,20	—	0,27	0,2	0,2	—	—
Возбуждение							
Возбуждение	0,21	0,2	—	0,2	—	—	—
Ослабление контроля импульсивности	0,23	—	0,21	—	—	—	—
Напряженность	0,2	—	—	—	—	—	—
Враждебность	0,21	0,32	0,35	0,21	0,21	—	—
Отказ от сотрудничества	0,2	0,34	0,25	0,24	0,25	0,21	—
Депрессия							
Тревога	0,2	—	—	0,2	—	—	—
Чувство вины	—	—	—	—	—	—	—
Депрессия	—	—	—	—	—	—	—
Соматическая озабоченность	—	—	—	—	—	0,21	—
Загруженность психическими переживаниями	—	0,24	—	—	—	—	—
Когнитивные и другие							
Нарушение абстрактного мышления	0,21	0,34	—	—	0,2	—	—
Дезориентация	—	—	—	—	—	—	0,2
Концептуальная дезорганизация (нарушения мышления)	0,21	0,2	0,35	0,21	0,2	0,2	—

Подозрительность, идеи преследования	—	—	—	0,23	—	—	—
Стереотипное мышление	0,2	0,2	0,25	0,3	—	0,21	0,21

*Примечание:* \* менее 0,20 не определяется

*Выводы.* Исследование показало динамичное развитие шизофренического процесса с преобладанием психопатоподобной симптоматики на фоне формирования апатобулического состояния, со страхом смерти в виде моносимптома, превалированием бредовых идей религиозного содержания, не стойкостью и не выраженностью галлюцинаций.

#### *Список литературы*

1. Белокрылов И. В. Расстройства личности у больных с зависимостью от психоактивных веществ : вопросы методологии исследования и систематики / И. В. Белокрылов // *Вопр. наркологии.* — 2004. — № 4. — С. 47-56.
2. Благов Л. Н. О понятии коморбидности в клинической наркологии / Л. Н. Благов, Д. И. Кургак // *Наркология.* — 2006. — № 5. — С. 58-63.
3. Корчагин А. А. Особенности синдрома зависимости от опиоидов у больных с коморбидными психическими расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Корчагин. — СПб., 2004. — 20 с.
4. Ракитин М. М. Психопатология наркоманий в свете учения о симптоматических психозах / М. М. Ракитин // *Наркология.* — 2005. — № 4. — С. 66-72.
5. Atakan Z. Cannabis and psychosis : How important is the link ? / Z. Atakan // *Addiction.* — 2004. — Vol. 99, N 4. — P. 513-515.
6. Bielenberg J. Cannabis : 1. ZNS Effekte darch Cannabinoide. 2. Interactionen mit Arzneimitteln / J. Bielenberg // *Arzter. Naturheilverfahr.* — 2003. — Vol. 44, N 12. — P. 907-912.
7. Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia ? / A. Dervaux [et al.] // *Amer. J. Psychiat.* — 2001. — Vol. 158, N 3. — P. 492-494.
8. Ferdinand R. F. Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood / R. F. Ferdinand, M. Blum, F. C. Verhulst // *Addiction.* — 2001. — Vol. 96, N 6. — P. 861-870.
9. Fergusson D. M. Cannabis and psychosis : Now kinds of limitations which attach to epidemiological research / D. M. Fergusson // *Addiction.* — 2004. — Vol. 99, N 4. — P. 512-513.
10. Projecting and monitoring the life course of the marijuana blants generation / A. Golub [et al.] // *J. Drag. Issues.* — 2004. — Vol. 34, N 2. — P. 361-388.
11. Wright K. A. Modulation of the effects of alcohol on criving-related psychomotor skills by chronic exposure to cannabis / K. A. Wright, P. Terry // *Psychopharmakology.* — 2002. — Vol. 160, N 2. — P. 213-219.

# CLINICAL AND DYNAMIC ASPECTS OF COMORBIDITY OF SCHIZOPHRENIA AT PATIENTS WITH CANNABINOID ABUSE SYNDROME

*[I. Y. Klimova, A. A. Ovchinnikov](#)*

*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)*

For the purpose of identification of clinicodynamic aspects of a comorbidity of schizophrenia with a syndrome of cannabinoid abuse 56 patients (F 20.0 were examined; F12.0 on MCB-10). Average age of examinees was  $27 \pm 4$  years. The informed voluntary consent to participation in research was used. Duration of a disease is from 1 to 5 years. Research was conducted at a stage of lack of an acute psychotic symptomatology, absence of intoxication caused by reception of psychoactive agents. The following methods were used: a clinical method, the semi-structured psychiatric interview, the Scale of an assessment of positive symptoms (SAPS), the Scale of an assessment of negative symptoms (SANS), the Scale of an assessment of positive and negative symptoms (PANSS). The conducted research showed dynamic development of schizophrenic process with prevalence of a psychopathologic symptomatology against formation of an apathoabulic state, with pavor of death in the form of a monosymptom, a prevalence of crazy ideas of the religious contents, ireresistance and poverty of hallucinations.

**Keywords:** schizophrenia, comorbidity, cannabinoid abuse, crazy ideas, hallucinations.

---

## **About authors:**

**Klimova Irina Yurevna** — assistant of psychiatry, addictology and psychotherapy chair of faculty of social work and clinical psychology at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 241-99-18, e-mail: [iri.c2012@yandex.ru](mailto:iri.c2012@yandex.ru)

**Ovchinnikov Anatoliy Aleksandrovich** — doctor of medical science, professor, head of psychiatry, addictology and psychotherapy chair of faculty of social work and clinical psychology at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 241-99-18, e-mail: [anat1958@mail.ru](mailto:anat1958@mail.ru)

## **List of the Literature:**

1. Belokrylov I. V. Disorders of the person at patients with dependence on psychoactive agents : questions of methodology of research and systematics / I. V. Belokrylov // *Issus of addictologies*. — 2004. — N 4. — P. 47-56.
2. Blagov L. N. About concept of comorbidity of a clinical addictology / L. N. Blagov, D. I. Kurgak // *Addictology*. — 2006. — N 5. — P. 58-63.
3. Korchagin A. A. Features of syndrome of abuse on opioids at patients with comorbidity alienations : theses. ... cand. of medical science / A. A. Korchagin. — SPb., 2004. — 20 p.
4. Rakitin M. M. Psychopathology of narcomanias in the doctrine about symptomatic psychoses / M. M. Rakitin // *Addictology*. — 2005. — N 4. — P. 66-72.

5. Atakan Z. Cannabis and psychosis : How important is the link ? / Z. Atakan // *Addiction*. — 2004. — Vol. 99, N 4. — P. 513-515.
6. Bielenberg J. Cannabis : 1. ZNS Effekte durch Cannabinoide. 2. Interaktionen mit Arzneimitteln / J. Bielenberg // *Arzter. Naturheilverfahr.* — 2003. — Vol. 44, N 12. — P. 907-912.
7. Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia ? / A. Dervaux [et al.] // *Amer. J. Psychiat.* — 2001. — Vol. 158, N 3. — P. 492-494.
8. Ferdinand R. F. Psychopathology in adolescence predicts substance use in young adulthood / R. F. Ferdinand, M. Blum, F. C. Verhulst // *Addiction*. — 2001. — Vol. 96, N 6. — P. 861-870.
9. Fergusson D. M. Cannabis and psychosis : Now kinds of limitations which attach to epidemiological research / D. M. Fergusson // *Addiction*. — 2004. — Vol. 99, N 4. — P. 512-513.
10. Projecting and monitoring the life course of the marijuana blunts generation / A. Golub [et al.] // *J. Drug. Issues*. — 2004. — Vol. 34, N 2. — P. 361-388.
11. Wright K. A. Modulation of the effects of alcohol on craving-related psychomotor skills by chronic exposure to cannabis / K. A. Wright, P. Terry // *Psychopharmacology*. — 2002. — Vol. 160, N 2. — P. 213-219.