

ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ КОМОРБИДНОЙ КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

[И. Ю. Климова, А. А. Овчинников](#)

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

С целью решения вопросов коррекции нейрокогнитивного дефицита при шизофрении коморбидной каннабиноидной зависимостью было обследовано 56 пациентов (F 20.0; F12.0 по МКБ-10). Все пациенты были разделены на группы: в основную группу (ОГ) вошли пациенты, принимающие адекватную фармакотерапию и проведение тренингов когнитивного дефицита (28 чел.); в контрольную группу (КГ) вошли пациенты, получающие только фармакотерапию. Средний возраст испытуемых составил 23 ± 4 года. Использовалось информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Использовались следующие методы: методика определения кратковременной памяти, методика «оперативная память», тест «лабиринты» (D. Wechsler, 1955), шкала PANSS. Дизайн исследования: первичное обследование пациентов проводилось при первом обращении, до начала проведения нейрокогнитивных тренингов; повторное — через 4 месяца, после завершения тренинговых программ в ОГ. В результате нейрокогнитивного тренинга отмечена положительная динамика показателей, отражающая редукцию нейрокогнитивного дефицита: повышение концентрации внимания, объема долговременной памяти, улучшение общеклинической картины, редукция негативной симптоматики.

Ключевые слова: шизофрения, коморбидность, каннабиноидная зависимость, нейрокогнитивный дефицит, внимание, память.

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 проблемы. Многие исследователи говорят, что реальная заболеваемость шизофренией существенно превышает зарегистрированную официально [2, 6, 8]. Ряд авторов высказывают мнение о том, что шизофрения и расстройства шизофренического спектра относятся к «нейрокогнитивным заболеваниям», поскольку расстройства когнитивной сферы у больных шизофренией являются «сердцевиной» болезни [1, 4, 13, 15], поскольку 94 % больных шизофренией в той или иной степени обнаруживают нейрокогнитивный дефицит [5, 16].

А. Breier (1999) называет нейрокогнитивный дефицит «третьей ключевой группой симптомов» шизофрении, он определяется как недостаточность познавательных функций и развивается вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга (на уровне нейрональных связей, внутри- и межполушарных взаимодействий). Исследования, проведенные на больших выборках больных шизофренией с различными формами и типами течения болезни, выявили нарушение когнитивных функций почти у 94 % больных шизофренией в сравнении с 7 % в здоровой популяции. При этом наиболее выраженными были нарушения внимания, памяти, скорости обработки информации и исполнительных функций [3, 13, 14]. Установлено, что когнитивный дефицит присутствует у пациентов с первым эпизодом шизофрении, т. е. не является результатом прогрессирования заболевания, влиянием хронизации или медикаментов [7, 10, 11]. Негативные симптомы в большей степени коррелируют с когнитивным функционированием, также установлена связь между рабочей памятью и позитивными симптомами [1, 9, 12].

Согласно данным исследований зарубежных авторов, количество пациентов, с так называемым двойным диагнозом неуклонно растет и по некоторым оценкам достигает 50 %. В связи с этим в последние годы увеличился интерес как отечественных [7, 13], так и зарубежных исследователей [14, 16] к проблеме формирования наркоманий на фоне иной психической патологии. Отмечено широкое распространение употребления препаратов из группы каннабиноидов, эпидемиологические данные свидетельствуют о продолжающемся росте среди молодежи данного вида наркомании и формирующейся зависимости [2, 8, 14].

Клинические и социальные последствия коморбидности шизофрении и каннабиноидной зависимости изучены недостаточно. Работ, касающихся зависимости от каннабиноидов, немного [1, 6, 12]. 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 [8, 15].

Медико-социальная значимость проблемы заключается в том, что среди больных шизофренией коморбидной каннабиноидной зависимостью большой удельный вес составляют лица трудоспособного возраста [15].

Непрерывный поиск методов восстановления когнитивных функций приводит к активному изучению не только медикаментозных, но и других, не менее важных психосоциальных путей. Одним из перспективных направлений терапии когнитивного дефицита представляется включение в реабилитационные программы нейрокогнитивных тренингов, являющихся достаточно эффективным, низкочувствительным, но малоизученным методом [2, 15].

Цель исследования: оценка степени выраженности когнитивного дефицита среди пациентов с установленным диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0 по МКБ-10), «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением каннабиноидов» (F12.0 по МКБ-10) с использованием нейрокогнитивных тренингов, разработка принципов реабилитации и профилактических мероприятий.

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). Все пациенты были разделены на группы: в основную группу (ОГ) вошли пациенты, принимающие адекватную фармакотерапию и проведение тренингов когнитивного дефицита (28 пациентов); в контрольную группу (КГ) вошли пациенты, получающие только фармакотерапию. Средний возраст испытуемых составил 23 ± 4 года. Использовалось информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Исследование проводилось на этапе отсутствия острой психотической симптоматики, отсутствия интоксикации, вызванной употреблением каннабиноидов, отсутствия выраженного интеллектуально-мнестического снижения.

Использовались следующие методы: методика определения кратковременной памяти, методика «оперативная память», тест «Лабиринты» (D. Wechsler, 1955), шкала PANSS.

Дизайн исследования: первичное обследование пациентов, проводилось при первом обращении, до начала проведения нейрокогнитивных тренингов; повторное — через 4 месяца, после завершения тренинговых программ в ОГ. Сравнивались результаты, полученные в обеих группах респондентов. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. При первичном тестировании испытуемых обеих групп и подгрупп выявлены когнитивные нарушения разной степени выраженности.

Тест «лабиринты». Тест предназначен для оценки уровня развития визуально-моторной интеграции. Тест относится к невербальным психодиагностическим методикам на интеллектуальные способности. Уровень развития визуально-моторной интеграции является одной из важных характеристик наглядно-действенного мышления. Данный тест поможет оценить и уровень беглости наглядно-действенного мышления, и объём внимания. Стимульный материал методики хорошо подходит и для упражнений по развитию внимания и визуально-моторной интеграции.

В обеих группах при первичном тестировании 82,2 % ($p < 0,01$) пациентов показали средний уровень. Низкий уровень показали соответственно в ОГ — 14,3 % ($p < 0,001$), в КГ — 10,7 % ($p < 0,01$); высокий уровень показали в ОГ — 3,6 % ($p < 0,01$), в КГ — 7,2 % ($p < 0,001$). При повторном тестировании показатели когнитивных функций улучшились в ОГ на фоне проведения комплекса нейрокогнитивных тренингов. В ОГ — 3,6 % ($p < 0,001$), в КГ — 0 (табл. 1, рис. 1).

Таблица 1

Результаты применения теста «лабиринты» в обеих группах

Показатель		Группа			
		ОГ		КГ	
		Первичное тестирование	Повторное тестирование	Первичное тестирование	Повторное тестирование
Низкий уровень	0-13 б	14,3 % (p < 0,01)	10,7 % (p < 0,001)	10,7 % (p < 0,01)	21,4 % (p < 0,001)
Средний уровень	14-20 б	82,2 % (p < 0,01)	85,7 % (p < 0,001)	82,2 % (p < 0,01)	78,6 % (p < 0,01)
Высокий уровень	21-24 б	3,6 % (p < 0,01)	3,6 % (p < 0,001)	7,2 % (p < 0,001)	—

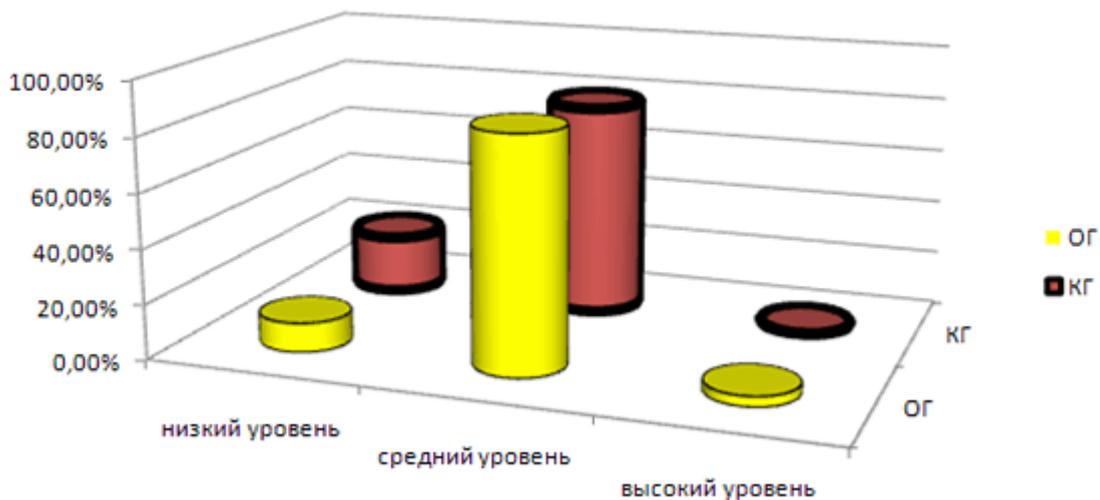


Рис. 1. Результаты применения теста «лабиринты» в обеих группах

Методика определения кратковременной памяти. Описание методики: применяется для обследования лиц любого возраста. Целью методики является определение объема кратковременной зрительной памяти. Испытуемые должны запомнить, а затем воспроизвести максимальное количество чисел из таблицы.

При проведении данной методики в ОГ менее 6-7 ед. показали 58,4 % (p < 0,001), более 6-7 ед. показали 41,6 % (p < 0,001); в КГ менее 6-7 ед. показали 84,8 % (p < 0,001), а более 6-7 ед. показали 15,2 % (p < 0,001), табл. 2, рис. 2.1, 2.2.

Таблица 2

Результаты применения методики определения кратковременной памяти в обеих группах

Показатель	Группа	
	ОГ	КГ
	Повторное тестирование	
Менее 6-7 ед.	58,4 % (p < 0,001)	84,8 % (p < 0,001)
Более 6-7 ед.	41,6 % (p < 0,001)	15,2 % (p < 0,001)

менее 6-7 единиц

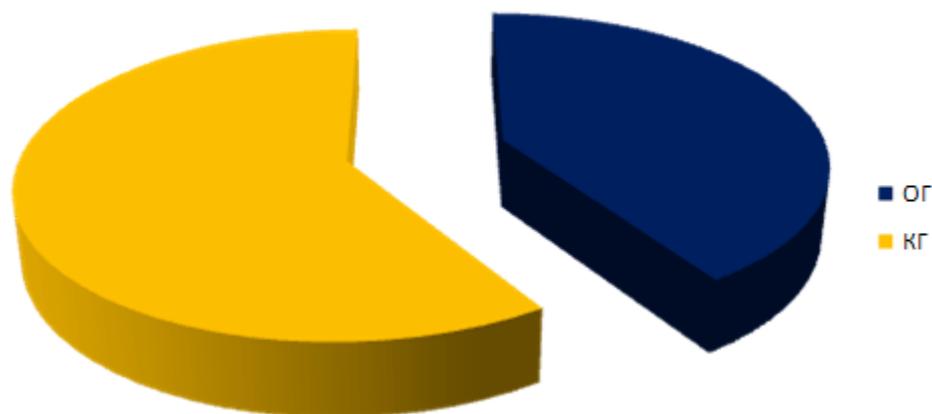


Рис. 2.1. Результаты применения методики определения кратковременной памяти в обеих группах

более 6-7 единиц

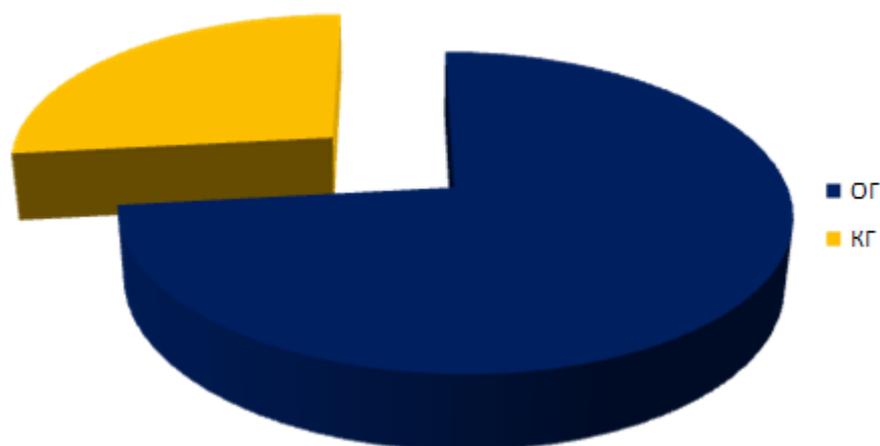


Рис. 2.2. Результаты применения методики определения кратковременной памяти в обеих группах

Методика «оперативная память». Описание методики: применяется для обследования взрослых. Цель: изучение кратковременной памяти. Инструкция к методике: называют пять чисел, задача испытуемого — постараться запомнить их, затем в уме сложить первое число со вторым, а полученную сумму записать; второе число сложить с третьим, сумму записать, третье с четвертым, их сумму записать, и четвертое с пятым, снова записать сумму. Таким образом, должно быть получено и записано четыре суммы. Время для вычислений — 15 с, после чего зачитывается следующий ряд чисел. Числа зачитываются только один раз.

При проведении данной методики в ОГ менее 30-ти показали 56,7 % ($p < 0,001$), от 30-ти до 40 — 43,3 % ($p < 0,001$); в КГ менее 30-ти показали — 88,2 % ($p < 0,001$), от 30-ти до 40 показали — 11,8 % ($p < 0,001$), табл. 3, рис. 3.1, 3.2.

Таблица 3

Результаты применения методики «оперативная память» в обеих группах

Показатель	Группа	
	ОГ	КГ
	Повторное тестирование	
Менее 30-ти	56,7 % (p < 0,001)	88,2 % (p < 0,001)
От 30-ти до 40	43,3 % (p < 0,001)	11,8 % (p < 0,001)

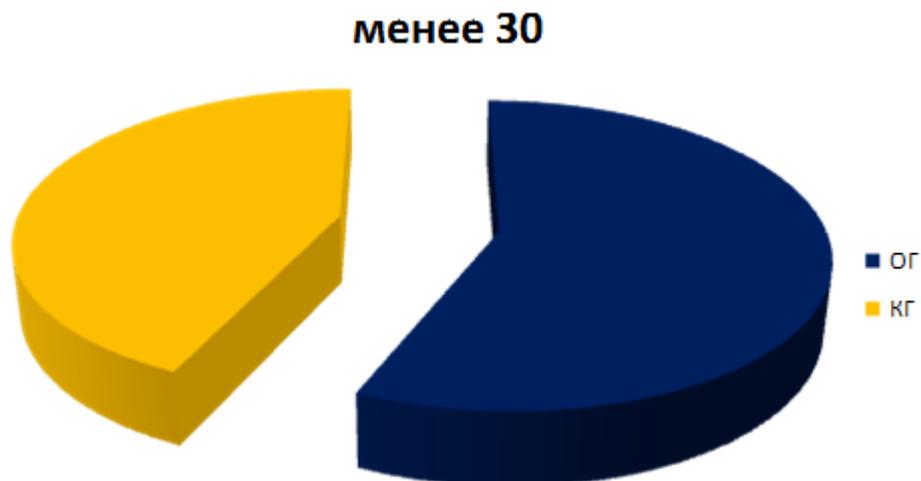


Рис 3.1. Результаты применения методики «оперативная память» в обеих группах

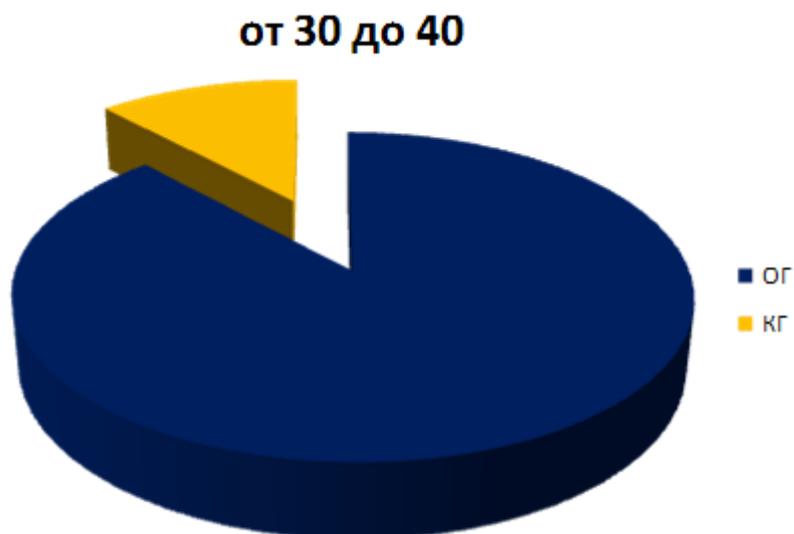


Рис 3.2. Результаты применения методики «оперативная память» в обеих группах

При повторном тестировании (по истечении 4-х месяцев) обнаружено: среди пациентов КГ отмечалось улучшение концентрации внимания, повышение объема долговременной памяти. Наблюдается стабилизация общеклинической картины, в частности снижение негативной симптоматики согласно использованной Шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), табл. 4.

Таблица 4

**Результаты Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS)
в обеих группах**

Показатель	Группа	
	ОГ	КГ
Уплощенный аффект	3 % (p < 0,001)	83 % (p < 0,001)
Снижение коммуникабельности	2 % (p < 0,001)	91 % (p < 0,001)
Социальная самоизоляция	2 % (p < 0,001)	93 % (p < 0,001)
Нарушение абстрактного мышления	5 % (p < 0,001)	87 % (p < 0,001)
Снижение речевой активности	2 % (p < 0,001)	91 % (p < 0,001)

Выводы. Когнитивные нарушения разной степени выраженности отмечены среди респондентов с клинически установленным диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0 по МКБ-10) с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов (F12.0) в равной степени выраженности среди респондентов. В результате нейрокогнитивного тренинга отмечена положительная динамика показателей, отражающая редукцию нейрокогнитивного дефицита: повышение концентрации внимания, объема долговременной памяти, улучшение общеклинической картины, редукция негативной симптоматики.

Среди пациентов КГ (не занимающихся тренингами когнитивных функций) отмечено ухудшение показателей, отражающих концентрацию внимания, снижение объема долговременной памяти, прогрессирование общеклинической картины и нарастание нейрокогнитивного дефицита.

Список литературы

1. Гасанов М. И. К отграничению шизофреноподобного психоза гашишной этиологии / М. И. Гасанов, Ю. А. Караханов // *Вопр. психоневрологии*. — Баку. — 1977. — Вып. 7. — С. 148-153.
2. Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Я. Сторожакова, А. Б. Шмуклер // *Социальная и клин. психиатрия*. — 2004. — Т. 14, № 1. — С. 81-86.
3. Жариков Н. М. Эпидемиология психических болезней : руководство по психиатрии / Н. М. Жариков ; под ред. А. В. Снежневского. — М. : Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 223-230.
4. Каплан Г. И. Клиническая психиатрия : пер. с англ. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. — М. : Медицина, 1998. — С. 464-468.
5. Косарева С. П. Параноидная шизофрения, осложненная длительной гашишной интоксикацией (клинико-эпидемиологический и реабилитационный аспекты) : дис. ... канд. мед. наук / С. П. Косарева. — Томск, 1990. — 183 с.
6. Саркисян Г. Р. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» / Г. Р. Саркисян, И. Я. Гурович, Р. С. Киф // *Соц. и клин. психиатрия*. — 2010. — Т. 23, № 3. — С. 13-19.
7. Смулевич А. Б. Терапия психических заболеваний : руководство по психиатрии / А. Б. Смулевич ; под ред. А. В. Снежневского. — М. : Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 231-265.
8. Программа тренингов когнитивных и социальных навыков / А. Б. Холмогорова [и др.] // *Соц. и клин. психиатрия*. — 2007. — Т. 17, № 4. — С. 21-29.
9. Холмогорова А. Б. Психотерапия шизофрении : модели, тенденции / А. Б. Холмогорова // *Московский психотерапевтический журн*. — 1993. — № 2. — С. 77-112.
10. Чуркин А. А. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии

- и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. — М. : Изд-во ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2004. — 140 с.
11. Чухрова М. Г. Гашишная наркомания / М. Г. Чухрова, О. В. Рыбалко. — М. : Анахарсис, 2002. — 64 с.
 12. Шаюсупова А. У. Синдром психического снижения при хроническом гашишизме / А. У. Шаюсупова // Мед. журн. Узбекистана. — 1987. — № 4. — С. 42-44.
 13. Fergusson D. M. Cannabis and psychosis : New kinds of limitations which attach to epidemiological research / D. M. Fergusson // Addiction. — 2004. — Vol. 99, N 4. — P. 512-513.
 14. Henquet C. Environment Interplay Between Cannabis and Psychosis / C. Henquet, M. Di Forti, P. Morrison // Schizophr. Bull. — 2008. — Vol. 34, N 6. — P. 1111-1121.
 15. Keefe R. S. Cognitive deficits in patients with schizophrenia : effects and treatment / R. S. Keefe // J. Clin. Psychiat. — 2007. — P. 8-13.
 16. Neuropsychological performance in first-episode adolescents with schizophrenia : A comparison with first-episode adults and adolescent control subjects / T. White [et al.] // Biol. Psychiatry. — 2006. — Vol. 60. — P. 463-471.

QUESTIONS OF CORRECTION OF NEUROCOGNITIVE DEFICIENCY AT SCHIZOPHRENIA OF COMORBIDE CANNABINOID ABUSE

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

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

56 patients (F 20.0; F12.0 on ICD –10) were examined for the purpose of the solution of the matter of correction of neurocognitive deficiency at schizophrenia of comorbide cannabinoid abuse. All patients were divided into groups: main group (MG) included the patients accepting an adequate pharmacotherapy and performing trainings of cognitive deficiency (28 people); the control group (CG) included the patients receiving only a pharmacotherapy. Average age of examinees made 23 ± 4 years. The informed voluntary consent to participation in research was used. The following methods were used: technique of determination of short-term memory, technique «random access memory», labyrinths test (D. Wechsler, 1955), PANSS scale. Design of research: primary examination of patients was conducted at the first visit, prior to carrying out neurocognitive trainings; the repeated — in 4 months, after the end of training programs in CG. As a result of neurocognitive training the positive dynamics of indicators reflecting a reduction of neurocognitive deficiency is registered: rising of concentration of attention, volume of a long-term memory, improvement of general picture, reduction of negative symptomatology.

Keywords: schizophrenia, comorbidity, cannabinoid abuse, neurocognitive deficiency, attention, memory.

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

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

List of the Literature:

1. Gasanov M. I. delimitation of schizophreniform psychosis of African bus etiology / M. I. Gasanov, Y. A. Karakhanov// Issues of psychoneurology. — Baku. — 1977. — Iss. 7. — P. 148-153.
2. Gurovich I. Y. The psychosocial treatment-and-rehabilitation direction in psychiatry / I. Y. Gurovich, A. Y. Storozhakova, A. B. Shmukler // Social and clin. psychiatry. — 2004. — Vol. 14, N 1. — P. 81-86.

3. Zharikov N. M. Epidemiology of mental diseases : guidance to psychiatry / N. M. Zharikov ; under the editorship of A. V. Snezhnevsky. — M. : Medicine, 1983. — Vol. 1. — P. 223-230.
4. Kaplan G. I. Clinical psychiatry : translation from English / G. I. Kaplan, B. J. Sedok. — M. : Medicine, 1998. — P. 464-468.
5. Kosareva S. P. The paranoica schizophrenia complicated by long african bush intoxication (clinical and epidemiological and rehabilitational aspects) : theses. ... cand. of medical science / S. P. Kosareva. — Tomsk, 1990. — 183 p.
6. Sargsyan G. R. Standard data for the Russian population and standardization of a scale «Short assessment of cognitive functions at patients with schizophrenia» / G. R. Sargsyan, I. Y. Gurovich, R. S. Kif // Soc. and clin. psychiatry. — 2010. — Vol. 23, N 3. — P. 13-19.
7. Smulevich A. B. Therapy of mental diseases : guide to psychiatry / A. B. Smulevich ; under the editorship of A. V. Snezhnevsky. — M. : Medicine, 1983. — Vol. 1. — P. 231-265.
8. Program of trainings of cognitive and social skills / A. B. Kholmogorova [et al.] // Soc. and clin. psychiatry. — 2007. — Vol. 17, N 4. — P. 21-29.
9. Kholmogorova of A. B. Psychotherapy at schizophrenia : models, tendencies / A. B. Kholmogorova // Moscow psychotherapeutic journal. — 1993. — N 2. — P. 77-112.
10. Churkin A. A. Practical guidance on application of ICD-10 in psychiatry and narcology / A. A. Churkin, A. N. Martyushov. — M. : Publishing house of SSC SICP n.a. V.P. Serbsky, 2004. — 140 p.
11. Chukhrova M. G. African bush narcomania / M. G. Chukhrova, O. V. Rybalko. — M. : Anakharsis, 2002. — 64 p.
12. Shayusupova A. U. Syndrome of mental depression at a chronic hasheeshism / A. U. Shayusupova // Medical journal of Uzbekistan. — 1987. — N 4. — P. 42-44.
13. 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.
14. Henquet C. Environment Interplay Between Cannabis and Psychosis / C. Henquet, M. Di Forti, P. Morrison // Schizophr. Bull. — 2008. — Vol. 34, N 6. — P. 1111-1121.
15. Keefe R. S. Cognitive deficits in patients with schizophrenia : effects and treatment / R. S. Keefe // J. Clin. Psychiat. — 2007. — P. 8-13.
16. Neuropsychological performance in ?rst-episode adolescents with schizophrenia : A comparison with ?rst-episode adults and adolescent control subjects / T. White [et al.] // Biol. Psychiatry. — 2006. — Vol. 60. — P. 463-471.