

ОСОБЕННОСТИ РЕМИССИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ КОМОРБИДНОЙ КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

И. Ю. Климова, А. А. Овчинников

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

С целью выявления особенностей ремиссии при шизофрении коморбидной каннабиноидной зависимостью были обследованы 49 пациентов мужского пола (F 20.0; F12.0 по МКБ-10). Длительность заболевания от 3 до 10 лет. Возраст респондентов составил 36 ± 5 лет. Все участники принимали адекватную психофармакотерапию. Использовалось информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Использовались следующие методы: полуструктурированное психиатрическое интервью для оценки психического статуса пациентов; клинико-катамнестический метод; Шкала оценки позитивных симптомов (SAPS) и Шкала оценки негативных симптомов (SANS); Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS); краткая Шкала психиатрической оценки (BPRS). Исследование проводилось в два этапа с периодичностью 1 год. В качестве особенностей ремиссий у данного контингента пациентов отмечено исчезновение интересов, хобби, потребности в общении, друзьях. При объективно сохранной трудоспособности не работают почти половина пациентов (47 %, $p < 0,001$; 43 %, $p < 0,001$) с трудом выполняют только простейшие виды домашнего труда. Отсутствие госпитализаций в течение года отмечено у 72 % пациентов, что может свидетельствовать о хронизации процесса со стойкими бредовыми идеями религиозного содержания и выраженным апатоабулическим синдромом.

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. В настоящее время исследование ремиссии при шизофрении представляет значительный интерес, так как изучается не только непосредственно заболевание, но и его типология, течение процесса, возможные отклонения и особенности [2-8, 12-16]. Как правило, ремиссии имеют в разной степени выраженные отклонения и характерные изменения личности [1, 5, 16].

Е. Bleuler (1920) и Е. Kahn (1923) считали, что в ряде случаев при шизофрении происходит выздоровление или значительное улучшение [4, 5-7, 16]. При этом подчеркивается, что полной *restitutio ad integrum* может и не наступить, но способность к положительной социальной адаптации, устойчивая трудоспособность, сохранность интеллекта позволяют говорить о практическом выздоровлении [7, 11]. Такие состояния по существу являются длительными и стойкими ремиссиями. Иногда ремиссии длятся 20-49 лет [7-14, 16]. Зачастую при этих состояниях не отмечается заметного снижения энергетических возможностей личности, остается достаточно сохранной активность, и даже при психопатоподобных, неврозоподобных и отдельных эмоциональных нарушениях сохраняется вполне удовлетворительная социальная адаптация. В ремиссиях подобного рода психопатоподобные и неврозоподобные образования не носят признаков прогрессивности, их динамика обычно определяется не процессуальными, а внешними факторами. Сохранность психических функций таких больных, отсутствие признаков прогрессивности свидетельствуют о стойкости улучшения и практическом клиническом выздоровлении [1-5, 11, 15]. Остаются неизученными особенности ремиссии шизофрении коморбидной каннабиноидной наркомании.

Цель исследования: особенности клинической ремиссии среди лиц с клинически установленным диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0 по МКБ-10) с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов (F12.0 по МКБ-10).

Материалы и методы. В исследование были включены 49 пациентов мужского пола (с учетом критериев отбора, после рандомизации) с клинически установленным диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0 по МКБ-10) с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов (F12.0 по МКБ-10). Длительность заболевания от 3 до 10 лет. Возраст респондентов составил 36 ± 5 лет. Все участники принимали адекватную психофармакотерапию. Использовалось информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Уровень образования отражен в табл. 1.

Таблица 1

Образование

№ п/п	Уровень образования	Количество
1	Не учился	0
2	Вспомогательная школа	0
3	Начальное образование	0
4	Неполное среднее образование	2 % (p < 0,001)
5	Среднее образование	11 % (p < 0,001)
6	Среднее специальное образование	21 % (p < 0,001)
7	Незаконченное высшее образование	29 % (p < 0,001)
8	Высшее образование	37 % (p < 0,001)

Использовались следующие методы: полуструктурированное психиатрическое интервью для оценки психического статуса пациентов; клинико-катамнестический метод; Шкала оценки позитивных симптомов (SAPS) и Шкала оценки негативных симптомов (SANS); Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS); краткая Шкала психиатрической оценки (BPRS). Исследование проводилось в два этапа с периодичностью 1 год.

Условия проведения эксперимента: отсутствие острой психотической симптоматики, интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ (ПАВ), отсутствие выраженного интеллектуально-мнестического снижения.

Расчеты и анализ данных проводились на базе пакетов прикладных программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты исследования. 47 % ($p < 0,001$) испытуемых были холосты при первичном исследовании, 29 % ($p < 0,001$) были женаты, разведены были 18 % ($p < 0,001$); при повторном тестировании 45 % ($p < 0,001$) были разведены, 8 % ($p < 0,001$) состояли в браке (табл. 2).

Таблица 2

Семья и социальные контакты

Семейное положение	1-й этап исследования	2-й этап исследования
Холост	47 % ($p < 0,001$)	47 % ($p < 0,001$)
Разведен	18 % ($p < 0,001$)	45 % ($p < 0,001$)
Женат	29 % ($p < 0,001$)	8 % ($p < 0,001$)

Трудоспособность на момент обследования сохранена полностью у 38 % ($p < 0,001$), сохранена, но не работают у 39 % ($p < 0,001$), инвалидность 3-й группы по психическому заболеванию имеют 20 % ($p < 0,001$), инвалидность 2-й группы — 2 % ($p < 0,001$). При повторном исследовании через год инвалидность 3-й группы по психическому заболеванию установлена у 29 % ($p < 0,001$), инвалидами 2-й группы признаны 9 % ($p < 0,001$), табл. 3.

Таблица 3

Трудоспособность

Показатель	1-й этап исследования	2-й этап исследования
Трудоспособность: сохранена полностью	38 % ($p < 0,001$)	2 % ($p < 0,001$)
сохранена, но не работает	39 % ($p < 0,001$)	47 % ($p < 0,001$)
инвалид 3-й группы по психическому заболеванию	20 % ($p < 0,001$)	29 % ($p < 0,001$)
инвалид 2-й группы по психическому заболеванию	2 % ($p < 0,001$)	9 % ($p < 0,001$)
инвалид 1-й группы по психическому заболеванию	0	0
инвалид по соматическому заболеванию	13 % ($p < 0,001$)	13 % ($p < 0,001$)

При первичном исследовании 17 % ($p < 0,001$) пациентов нетрудоспособны, с трудом выполнять простейшие виды домашнего труда могут 23 % ($p < 0,001$) пациентов, без принуждения могут работать 22 % ($p < 0,001$). При повторном исследовании 37 % ($p < 0,001$)

0,001) нетрудоспособны, 43 % ($p < 0,001$) с трудом выполняют простейшие виды домашнего труда (табл. 4).

При первичном исследовании не могут заниматься интеллектуальной деятельностью 36 % ($p < 0,001$) испытуемых, отсутствует способность к творчеству у 63 % ($p < 0,001$) испытуемых. При повторном исследовании 67 % ($p < 0,001$) не могут заниматься интеллектуальной деятельностью, отсутствуют творческие способности у 63 % ($p < 0,001$) испытуемых, табл. 5.

Таблица 4

Работоспособность

Показатель	1-й этап исследования	2-й этап исследования
Физическая работоспособность: ничем не может заниматься	17 % ($p < 0,001$)	37 % ($p < 0,001$)
может с трудом выполнять только простейшие виды домашнего труда	23 % ($p < 0,001$)	43 % ($p < 0,001$)
работает без принуждения, но снижена продуктивность	22 % ($p < 0,001$)	18 % ($p < 0,001$)
работоспособность восстановлена полностью	38 % ($p < 0,001$)	2 % ($p < 0,001$)

Таблица 5

Интеллектуальная активность

Показатель	1-й этап исследования	2-й этап исследования
Интеллектуальная продуктивность: ничем не может заниматься	36 % ($p < 0,001$)	67 % ($p < 0,001$)
способность к интеллектуальной деятельности восстановлена, однако снижена ее продуктивность, отсутствует способность к творчеству	63 % ($p < 0,001$)	33 % ($p < 0,001$)
Восстановлена полностью	1 % ($p < 0,001$)	0

Дневные прогулки при первичном исследовании полностью отсутствуют у 35 % ($p < 0,001$) исследуемых. При повторном исследовании 74 % ($p < 0,001$) не имеют потребности в прогулках. Потребность иметь друзей при первичном исследовании отсутствует у 18 % ($p < 0,001$) испытуемых, при повторном исследовании — у 51 % ($p < 0,001$) испытуемых (табл. 6).

Таблица 6

Дневная активность

Показатель	1-й этап исследования	2-й этап исследования
Прогулки		
Практически ежедневно	3 % ($p < 0,001$)	1 % ($p < 0,001$)
1-2 раза в неделю	17 % ($p < 0,001$)	4 % ($p < 0,001$)
Несколько раз в месяц	45 % ($p < 0,001$)	21 % ($p < 0,001$)
Никогда	35 % ($p < 0,001$)	74 % ($p < 0,001$)
Общение с друзьями и знакомыми		

Каждый день	1 % (p < 0,001)	0
Еженедельно	3 % (p < 0,001)	0
Ежемесячно	25 % (p < 0,001)	4 % (p < 0,001)
1 раз в 3 мес.	28 % (p < 0,001)	37 % (p < 0,001)
Практически никогда	43 % (p < 0,001)	59 % (p < 0,001)
Потребность иметь друзей		
Отсутствует	18 % (p < 0,001)	51 % (p < 0,001)
Слабо выражена	45 % (p < 0,001)	30 % (p < 0,001)
Средне выражена	37 % (p < 0,001)	19 % (p < 0,001)
Сильно выражена	0	0

Эмоциональная отгороженность отмечена у 69 % (p < 0,001) испытуемых, нарушение спонтанности и плавности общения отмечено у 73 % (p < 0,001), трудности в общении испытывают 89 % (p < 0,001) испытуемых, выраженные волевые нарушения отмечены у 83 % испытуемых. Нарушения внимания — у 71 % (p < 0,001). 79 % (p < 0,001) испытуемых имеют бредовые идеи, преимущественно религиозного содержания. 74 % (p < 0,001) высказывают идеи величия. Идеи преследования обнаружены у 61 % (p < 0,001) испытуемых. 57 % (p < 0,001) испытывают враждебность. У 47 % (p < 0,001) отмечено наличие выраженной тревоги. Признаки депрессии отмечены у 41 % (p < 0,001) испытуемых. Нарушение абстрактного мышления выявлено у 69 % (p < 0,001) испытуемых (табл. 7).

Таблица 7

Результаты шкалы позитивной и негативной психопатологической симптоматики (PANSS)

Признаки	Количество
Негативные	
Эмоциональная отгороженность	69 % (p < 0,001)
Нарушение спонтанности и плавности общения	73 % (p < 0,001)
Трудности в общении	89 % (p < 0,001)
Нарушения внимания	81 % (p < 0,001)
Моторная заторможенность	71 % (p < 0,001)
Расстройство воли	83 % (p < 0,001)
Манерность и поза	79 % (p < 0,001)
Позитивные	
Необычное содержание мыслей	49 % (p < 0,001)
Бред	78 % (p < 0,001)
Идеи величия	79 % (p < 0,001)
Снижение критичности	74 % (p < 0,001)
Галлюцинации	81 % (p < 0,001)

Возбуждение	
Напряженность	63 % (p < 0,001)
Враждебность	57 % (p < 0,001)
Депрессия	
Тревога	47 % (p < 0,001)
Депрессия	41 % (p < 0,001)
Когнитивные и другие	
Нарушение абстрактного мышления	69 % (p < 0,001)
Концептуальная дезорганизация (нарушения мышления)	78 % (p < 0,001)
Подозрительность, идеи преследования	61 % (p < 0,001)

Отсутствие госпитализаций в течение года отмечено среди 72 % (p < 0,001) испытуемых. Повторная госпитализация в психиатрический стационар в течение одного месяца после последней выписки отмечена у 1 % (p < 0,001), до 6-ти месяцев с момента последней выписки — у 16 % (p < 0,001) испытуемых, свыше 6-ти месяцев длительность ремиссии отмечена у 11 % (p < 0,001) испытуемых (табл. 8).

Таблица 8

Длительность ремиссии с момента последней выписки

Сроки с момента последней выписки	Количество
До 1-го месяца	1 % (p < 0,001)
До 3-х месяцев	Нет
До 6-ти месяцев	16 % (p < 0,001)
Свыше 6 месяцев	11 % (p < 0,001)
Стойкая ремиссия (отсутствие госпитализаций в течение года)	72 % (p < 0,001)

Выводы. Лица, страдающие шизофренией коморбидной каннабиноидной зависимостью подвержены нарастанию эмоционального дефицита и снижению активности в целом. В качестве особенностей ремиссий у данного контингента пациентов отмечено исчезновение интересов, хобби, потребности в общении, друзьях. При объективно сохранной трудоспособности не работают почти половина пациентов (47 % (p < 0,001). 43 % (p < 0,001) пациентов с трудом выполняют только простейшие виды домашнего труда. Отсутствие госпитализаций в течение года отмечено у 72 % пациентов, что может свидетельствовать о хронизации процесса со стойкими бредовыми идеями религиозного содержания и выраженным апатоабулическим синдромом.

Список литературы

1. Бадалян А. М. Теоретико-вероятностное описание течения непрерывной параноидной шизофрении / А. М. Бадалян, В. Т. Ротштейн. — М., 1979.
2. Боровиков В. Statistica. Искусство анализа данных на компьютере : для профессионалов / В. Боровиков. — 2-е изд. — СПб. : «Питер», 2003. — 688 с.
3. Вовин Р. Я. Динамика ремиссий при шизофрении и их рациональная психофармакотерапия. Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний / Р. Я. Вовин. — Л., 1986. — С. 5-16.

4. Вовин Р. Я. Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение) / Р. Я. Вовин. — СПб. : Психоневрологический институт им. Бехтерева, 1991. — 171 с.
5. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. — М. : Медиа Сфера, 2002. — 312 с.
6. Свердлов Л. С. Ремиссии при шизофрении : дис. ... д-ра мед. наук / Л. С. Свердлов. — Л., 1986. — 391 с.
7. Смулевич А. Б. Проблема ремиссий при шизофрении : клинико-эпидемиологическое исследование / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Журн. невропатологии и психиатрии. — 2007. — Вып. 5. — С. 4-15.
8. Критерии эффективности терапии шизофрении : методические рекомендации / А. Б. Смулевич [и др.]. — М., 2006. — 26 с.
9. Халявин А. А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных : учебник / А. А. Халявин. — 3-е изд. — М. : ООО «Бином-Пресс», 2008. — 512 с.
10. Addington J. Neurocognitive functioning in schizophrenia / J. Addington, D. Addington // Schizophr. Bull. — 1999. — Vol. 25, N. 1. — P. 173-182.
11. Addington J. Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia / J. Addington, D. Addington, E. Maticka-Tyndale // Schizophr. Res. — 1991. — Vol. 5. — P. 123-124.
12. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. — Second Edition. — 2004. — P. 38.
13. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus / N. C. Andreasen [et al.] // Am. J. Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 441-449.
14. Cognitive Assessment Interview : Interviewer's Manual / R. Binder [et al.]. — Los Angeles : University of California, Los Angeles, 2008.
15. The relationship between symptomatic remission and neuropsychological improvement in schizophrenia patients switched to treatment with ziprasidone / P. F. Buckley [et al.] // Schizophr. Res. — 2007. — Vol. 94. — P. 99-106.

FEATURES OF REMISSION AT SCHIZOPHRENIA OF COMORBIDE CANNABINOID ABUSE

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

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

For the purpose of detection of features of remission at schizophrenia of comorbide cannabinoid abuse 49 male patients (F 20.0; F12.0 on ICD-10) were examined. Duration of a disease is from 3 to 10 years. The age of respondents was 36 ± 5 years. All participants accepted adequate psychopharmacotherapy. The informed voluntary consent to participation in research was used. The following methods were used: semi-structured psychiatric interview for an assessment of the mental status of patients; clinical and follow-up method; scale of assessment of positive symptoms (SAPS) and scale of assessment of negative symptoms (SANS); positive and negative syndromes scale (PANSS); Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Research was conducted in two stages with frequency of 1 year. As features of remissions disappearance of interests, hobby, communication need, friends are revealed at this category of patients. At objectively safe employability nearly a half of patients (47 %, $p < 0,001$; 43 %, $p < 0,001$) don't work and hardly fulfill only the elementary house duties. Lack of hospitalization within a year is registered at 72 % of patients that can testify to synchronization of process with resistant delusions of the religious contents and the expressed apathoabulic syndrome.

Keywords: schizophrenia, comorbidity, cannabinoid abuse, delusions, 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

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. Badalyan A. M. Probability-theoretic description of a course of continuous paranoica schizophrenia / A. M. Badalyan, V. T. Rotstein. — M., 1979.
2. Borovikov V. Statistica. Art of the analysis of data on the computer : for professionals / V. Borovikov. — 2nd prod. — SPb. : «St. Petersburg», 2003. — 688 p.
3. Vovin R. Y. Dinamika of remissions at schizophrenia and their rational psychopharmacotherapy. Preventive and antirecurrent therapy of mental diseases / R. Y. Vovin. — L., 1986. — P. 5-16.
4. Vovin R. Y. Schizophreniacdefect (diagnostics, pathogenesis, treatment) / R. Y. Vovin.

- SPb. : Psychoneurological institute n. a. Bekhterev, 1991. — 171 p.
5. Rebrova O. Y. Statistic analysis of medical data. Application of a package of the Statistica applied programs / O. Y. Rebrova. — M.: Media Sphere, 2002. — 312 p.
 6. Sverdlov L. S. Remissions at schizophrenia : theses. ... doctor of medical sciences / L. S. Sverdlov. — L., 1986. — 391 p.
 7. Smulevich A. B. Problem of remissions at schizophrenia : clinical and epidemiological research / A. B. Smulevich, A. V. Andryushchenko, D. A. Beskova // Journal of neuropathology and psychiatry. — 2007. — Iss. 5. — P. 4-15.
 8. Criteria of efficiency of therapy of schizophrenia : methodical references / A. B. Smulevich [et al.]. — M., 2006. — 26 p.
 9. Khalyavin A. A. STATISTICA 6. Statistical analysis of data: textbook / A. A. Khalyavin. 3rd ed. — M. : JSC Bingom-Press, 2008. — 512 p.
 10. Addington J. Neurocognitive functioning in schizophrenia / J. Addington, D. Addington // Schizophr. Bull. — 1999. — Vol. 25, N. 1. — P. 173-182.
 11. Addington J. Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia / J. Addington, D. Addington, E. Maticka-Tyndale // Schizophr. Res. — 1991. — Vol. 5. — P. 123-124.
 12. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. — Second Edition. — 2004. — P. 38.
 13. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus / N. C. Andreasen [et al.] // Am. J. Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 441-449.
 14. Cognitive Assessment Interview : Interviewer's Manual / R. Binder [et al.]. — Los Angeles : University of California, Los Angeles, 2008.
 15. The relationship between symptomatic remission and neuropsychological improvement in schizophrenia patients switched to treatment with ziprasidone / P. F. Buckley [et al.] // Schizophr. Res. — 2007. — Vol. 94. — P. 99-106.