

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВДНЗУ «УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

П.В. КИДОНЬ

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАРАНОЇДНОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ, ПОЄДНАНОЇ З
ВЖИВАННЯМ КАНАБІНОЇДІВ**

Навчально-методичний посібник

Полтава 2016

Затверджено на засіданні ЦМК

ВДНЗУ «УМСА»

Протокол № 7 від 21.04.2016

Кидонь П.В. Клініко-психопатологічна характеристика параноїдної форми шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів / П.В. Кидонь – Полтава, 2016. – 35 с.

У навчально-методичному посібнику описані клініко-психопатологічні особливості хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

Для магістрів, клінічних ординаторів, аспірантів та лікарів загальної практики.

Рецензенти:

Завідувач кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» доктор медичних наук, професор Н.В. Литвиненко

Професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», доктор медичних наук, професор Л.В. Животовська

ВСТУП

Шизофренія, як і раніше залишається однією з найбільш складних теоретичних і практичних проблем сучасної біології і медицини. Успіхи у вивченні певних ланок патогенезу поки не дозволили домогтися глибинного розуміння сутності етіопатогенетичних механізмів її розвитку.

Вона є найпоширенішим психозом, досягаючи в популяції частоти 1-1,5%. Щорічно в світі реєструється 2 млн. нових випадків цього захворювання (Скрипніков А.М., Сонник Г.Т., Напреєнко О.К., 2006). За різними оцінками, на шизофренію страждають від 24 до 51 млн. людей у всьому світі (Сеньков О., 2010). Хворі на шизофренію в різних країнах займають від 25 до 40-50% ліжкового фонду психіатричних стаціонарів. За частотою діагностики шизофренія займає друге місце після неврозів, хворі на шизофренію дають один з найбільш високих відсотків непрацездатності. При цьому відзначається накопичення хворих на шизофренію в населенні при невисокому зростанні захворюваності або відсутності його, а також відсутність істотних зрушень в показниках працездатності хворих (Lloyd G., Guthrie E., 2007; Вербенко В.А., 2008; Петрюк П.Т., 2009). Близько 50% хворих на шизофренію за 20-річний період хвороби здійснюють суїцидальні спроби, причому 10% з них виявляються завершеними (Юр'єва Л.М., 2006). Щороку приблизно 8% пацієнтів з шизофренією здійснюють акти насильства. Це менше, ніж у зв'язку з іншими психічними розладами, такими як депресії або розлади особистості, але більше, ніж у людей без психічних розладів, у яких ця цифра становить приблизно 2%. Інші дослідження показують, що від 5% до 10% звинувачень у вбивстві в західних країнах виносяться людям, які страждають розладами шизофренічного спектру. Сталі дані свідчать про те, що хворі на шизофренію частіше стають жертвами злочинів із застосуванням насильства – як мінімум в 14 разів частіше (Frith Chr., Johnstone E., 2005; Петрюк П.Т., 2009).

У ряді звітів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) контроль над дослідженнями в області шизофренії названий одним з її пріоритетних завдань. Така зацікавленість пояснюється величезними громадськими витратами, пов'язаними з шизофренією та її медико-соціальними наслідками, вкрай несприятливим впливом цього захворювання на показники здоров'я населення в цілому (Щербакова І.В., 2006). Тільки в США сукупна вартість втрат від цього захворювання в 1990-х рр.

досягла 32,5 млрд. доларів, а в 2002 р. – вже 62,7 млрд (Сеньков О., 2010). До цього часу у всьому світі не виявлено людського суспільства або культурного середовища, де не зустрічався б цей розлад і, очевидно, що ця загадкова хвороба являє собою серйозну проблему для охорони здоров'я.

У той же час за останні десятиліття в Україні спостерігається стійка тенденція до зростання кількості підлітків з адиктивною поведінкою, пов'язаного зі зловживанням різними психоактивними речовинами. Масштаби і темпи цього явища настільки великі, що ставлять під загрозу фізичне, психічне і моральне здоров'я молоді в нашій країні (Степанова Н.М., 2013; Табачников С.І. зі співавт., 2009). За матеріалом Комітету по наркотикам та злочинності ООН, з 200 млн. споживачів наркотиків 162 млн. зловживають канабіноїдами – це 3,9% населення світу. На споживачів канабіноїдів припадає 81% з числа всіх споживачів наркотичних речовин в світі, за останні 15 років їх число зросло на 4% (Клименко Т.В. зі співавт., 2008). Дана тенденція має місце і серед пацієнтів, які страждають різними формами психічної патології, в тому числі і хворих на шизофренію (Агаєв А.М., 2006). У ряді досліджень виявлено, що поширеність усіх форм адиктивної поведінки в продромі первинного епізоду шизофренії зростає. Психічна патологія, не пов'язана з психоактивними речовинами спостерігається у 58,9% споживачів канабіноїдів (Романенко Р.М. зі співавт., 2008).

Поєднання психічної патології з вживанням психоактивних речовин – широко поширене явище, що вимагає поглибленого клінічного вивчення та аналізу перебігу захворювання. У сучасну психіатрію активно входить поняття «коморбідності», під яким розуміється одночасна присутність у одного і того ж хворого двох або більше захворювань. Коморбідність в розумінні дослідників неминуче ускладнює діагностичний пошук внаслідок взаємного спотворення клінічної картини, а також вимагає від лікаря особливих підходів до терапії таких станів (Gelder M. M. van et al., 2010). Коморбідна патологія створює великі труднощі для практичного психіатра та нарколога: лікування психічного розладу утруднюється через наркотичну залежність, та навпаки, лікування зловживання психоактивними речовинами ускладнюється наявністю психічної хвороби. Виділення в окрему категорію коморбідних розладів в якості самостійної має не тільки теоретичне, але і велике практичне значення, тому що вони в цілому мають гірший прогноз, результативність психофармакотерапії та

високий ризик суїцидів. Пацієнти такого типу також відрізняються значно тяжчою симптоматикою порівняно із хворими, що страждають на некоморбідні розлади, і приблизно вдвічі частіше звертаються до лікарів (Харченко Є.М. зі співавт., 2009).

Існуюча проблема коморбідності психічної та наркологічної патології, а саме поєднання параноїдної форми шизофренії з вживанням канабіноїдів, з високими показниками захворюваності, відсутністю єдиного підходу до кваліфікації та лікування таких хворих, а також висока зацікавленість дослідників різних країн у вивченні даного питання визначають актуальність представленого дослідження. Тому дана робота має стати у нагоді широкому колу спеціалістів, що працюють у галузі охорони психічного здоров'я.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ

У процесі виконання дослідження було обстежено 276 осіб, що страждали на параноїдну форму шизофренії (F20.0) та знаходились на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О.Ф. Мальцева в період з 2010 по 2015 рр. Обстежених було розподілено на дві клінічні групи: основну та контрольну. Основну групу склали 186 (67,39%) хворих (184 чоловіка та 2 жінки), що страждали на параноїдну форму шизофренії та вживали канабіс не менше 6 місяців. У 39 (20,97%) пацієнтів основної групи мала місце коморбідна патологія у психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання канабіноїдів (синдром залежності та стан відміни неускладнений). Враховуючи наркологічний анамнез, ми поділили основну групу на дві підгрупи. До першої підгрупи належали 103 (58,52%) чоловіка, які вживали канабіноїди тільки до першої госпіталізації в психіатричній стаціонар. Термін утримання на момент проведення дослідження склав від 1,4 року до 34,9 років (середній показник – 12,8 років). До другої підгрупи увійшло 83 (30,07%) пацієнта (81 чоловік та 2 жінки), які вживали канабіноліміткі сполуки, як до першої госпіталізації, так і на момент дослідження. Контрольну групу склали 90 (32,61%) чоловіків, хворих на параноїдну форму шизофренію, які проходили стаціонарне лікування в Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О.Ф. Мальцева та не мали систематичного вживання чи залежності від будь-яких психоактивних речовин, окрім нікотину.

Для реалізації поставлених цілей та завдань використовувалися наступні методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психометричний (шкала загального клінічного враження (субшкала покращення), шкала позитивної та негативної симптоматики) та статистичний.

Клініко-анамнестичний метод полягав у ретроспективному аналізі клінічних проявів шизофренічного процесу та канабіноїдної залежності, вивченні анамнезу та історії захворювання (із амбулаторних карт, історій хвороби), а також об'єктивних відомостей, отриманих від родичів пацієнтів, з ретроспективною оцінкою періоду, що передував зверненню пацієнта за допомогою до лікаря для визначення конституційно-типологічних особливостей хворих. Дослідження проводилося по спеціально-розробленому протоколу з використанням уніфікованих індивідуальних баз даних хворих в які вносилися детальні анамнестичні відомості, що включали: спадковість, етапи раннього дитинства, шкільний період, умови побуту та життя, трудову діяльність, конституційно-типологічні особливості, особливості початку, динаміку клінічної картини всього періоду захворювання, психопатологічну характеристику попередніх рецидивів захворювання, їхню кількість, якість та особливості ремісійних періодів, наявність і характер змін особистості. Анамнестичні дані дозволяли встановити тривалість, стадію та особливості перебігу захворювання.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів шляхом інтерв'ю та спостереження. Проводили кількісну та якісну оцінку скарг і виявлення психопатологічних симптомів щодо різних психічних сфер. Діагноз надавався згідно класифікації МКХ-10 з виділенням провідного психопатологічного синдрому.

Для вирішення завдань дослідження при виконанні роботи були використані наступні психометричні методики:

Шкала загального клінічного враження – субшкала покращення (Clinical Global Impression Scale – CGI-I) використовували для дослідження відповіді на лікування та ефективності терапії у обстежених нами пацієнтів. The Clinical Global Impression – Improvement scale є 7-бальною шкалою, що потребує від лікаря оцінити стан пацієнта в бік покращення або погіршення у порівнянні з початковим станом (Guy W., 1976).

Шкала позитивної та негативної симптоматики (PANSS) застосовувалася у нашому дослідженні з метою об'єктивізації психопатологічної симптоматики та

бальної оцінки кожного симптому. PANSS застосовували як під час маніфестації хвороби так і під час наступної госпіталізації. Шкала складається з 33 пунктів, кожний з яких розділений на 7 градацій за тяжкістю відповідних проявів – від 1 (відсутність) до 7 (крайній ступінь вираженості). Кожний з цих пунктів супроводжується описом оцінюваних розладів та розшифровкою критеріїв оцінки тяжкості цих проявів. PANSS складається з наступних трьох частин: шкала позитивних синдромів, шкала негативних синдромів та шкала загальної психопатології (Kay S., Opler L., Fiszbein A., 1987).

Статистична обробка та аналіз отриманих результатів проводилися на персональній ЕОМ IBM PC/AT за допомогою програми Excel пакету Microsoft Office з метою визначення середніх арифметичних, середнього квадратичного відхилення, стандартної похибки середнього, критеріїв Ст'юдента та Фішера (Зюзін В.О., 2002).

РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ

Клінічне обстеження пацієнтів, які знаходилися під нашим спостереженням, включало детальне вивчення анамнезу їх життя та хвороби. Також проводився системно-структурний аналіз психічного стану хворих.

Дослідження маніфесту параноїдної форми шизофренії у обстежених пацієнтів.

Дослідження преморбідних психопатологічних проявів у обстежених пацієнтів.

Надзвичайно важливе значення для правильної оцінки дебютів шизофренії має детальне вивчення анамнестичних даних. Беззаперечні ознаки шизофренії порівняно рідко виникають без передвісників. Маніфест нами було умовно визначено як першу госпіталізацію до психіатричного стаціонару, тому психопатологічну симптоматику, яка спостерігалася до цього ми назвали «доманіфестною» («догоспітальною», «преморбідною»).

На основі даних медичної документації та отриманого об'єктивного та суб'єктивного анамнезів визначено, що серед пацієнтів першої підгрупи основної групи дана симптоматика була наявна у 27 (26,21%) випадках. Продромальний астеничний (астеноподібний) період, який тривав від декількох тижнів до декількох місяців був наявний у 9 (33,35%) пацієнтів. Загальні симптоми, які спостерігалися на астеничному етапі: втомлюваність, загальна слабкість, підвищена дратівливість, зниження працездатності, головний біль, поганий сон та апетит, відчуття

незібраності, невпевненості в собі, утруднення в плавному перебігу думок, зосередженні, засвоєнні прочитаного, почутого, побаченого, відчуття якогось внутрішнього розладу, безпричинний страх, побоювання смерті, зниження настрою, що хворі нерідко намагалися пояснити своїм поганим самопочуттям. Іноді з'являлися неприємні соматичні відчуття в тілі. Хворі не могли чітко описати ці відчуття і точно визначити їх локалізацію. Сенестопатичну симптоматику ми вважаємо початковими проявами динаміки утворення маячення.

У 6 (22,22%) пацієнтів за декілька тижнів чи місяців (а в окремих випадках навіть років) до вираженого, розгорнутого маніфесту захворювання раптово гостро виникали психотичні розлади за типом епізодів («абортивні епізоди», «абортивні дебюти»). Клінічно вищевказані епізоди були представлені наступними варіантами: параноїдним – у 4 (14,82%) випадках, галюцинаторно-параноїдним – у 1 (3,70%) випадку, депресивно-параноїдним – у 1 (3,70%) випадку. Особливо важливим ми вважаємо той факт, що абортивні психотичні епізоди за своєю клінічною картиною немов би передували симптоматиці розгорнутих маніфестів захворювання, містили «у зародку» наявні в подальшому психотичні симптоми.

У 7 (25,92%) випадках був наявний гебоїдний синдром. Клінічна картина гебоїдів полягала у вираженому інфантильному егоцентризмі, гротескному прагненні до самоствердження з грубою опозицією до оточуючого, повному нехтуванні етичними нормами та цінностями, витонченій жорстокості з садистськими компонентами, відсутності почуття жалю та співчуття, схильності до імпульсивної агресії, відсутності відчуття обов'язку, відповідальності, інтересу до продуктивної позитивної діяльності при посиленому патологічному інтересу до усього, що пов'язано з насиллям. Таким хворим також були притамані розгальмованість потягів, примітивна гедоністична мотивація своїх дій, прагнення до негайної реалізації вчинків.

Псевдопсихопатичні (шизоїдні) розлади з відповідною клінікою були наявні у преморбідному періоді у 4 (14,81%) хворих. Вони проявлялися аутизмом, труднощами встановлення контакту з людьми, парадоксальністю емоцій та поведінки: «запійне читання», дивні фантазії чи незвичайні вчинки, повна неприязнь до нового одягу, замкненість у собі, байдужість до родичів, опірність до звичайно психотравмуючих ситуацій. Характерним було виникнення на тлі падіння

енергетичного потенціалу так званої «філософської» («метафізичної») «інтоксикації» з особливим, надцінним інтересом до філософських систем, релігії, мистецтва – малопродуктивним, перебільшеним та карикатурним за зовнішніми проявами.

У 1 (3,70%) хворого даної групи з дитинства спостерігалось заїкання.

Серед пацієнтів другої підгрупи основної групи психопатологічна симптоматика на догоспітальному етапі була наявна у 27 (32,53%) випадках. Продромальний астеничний період спостерігався у 5 (18,54%) випадках. Психотичні розлади за типом «абортивних епізодів» – у 9 (33,34%). Клінічно зазначені епізоди були представлені наступними варіантами: параноїдним – у 6 (22,24%) випадках, депресивно-параноїдним – у 3 (11,10%) випадках. У 7 випадках (25,92%) був наявний гебоїдний синдром. Клініка псевдопсихопатичного (шизоїдного) розладу спостерігалась у 3 (11,10%) хворих. Розлад експресивного мовлення був діагностований у одного (3,70%) пацієнта. У 2 (7,40%) преморбідно спостерігався неорганічний енурез.

Серед пацієнтів контрольної групи психопатологічна симптоматика на догоспітальному етапі спостерігалась у 28 (31,11%) хворих. Продромальний астеничний період був наявний у 5 (17,86%) випадках. Психотичні розлади за типом «абортивних епізодів» – у 9 (32,14%). Клінічно зазначені епізоди були представлені наступними варіантами: параноїдним – у 4 (14,28%) випадках, галюцинаторно-параноїдним – у 3 (10,72%), депресивно-параноїдним – у 2 (7,14%) випадках. Ще у 2 випадках (7,14%) був наявний гебоїдний синдром. Клініка псевдопсихопатичного (шизоїдного) розладу спостерігалась у 11 (39,28%) хворих. У одного (3,58%) преморбідно спостерігався неорганічний енурез.

Розподіл преморбідних психопатологічних проявів у досліджених пацієнтів відображено в Табл. 1.

Таблиця 1.

Розподіл преморбідної психопатологічної симптоматики у досліджених пацієнтів

(%)

Психопатологічна симптоматика	Клінічні групи (N=276)		
	I підгрупа (26,21%)	II підгрупа (32,53%)	Контрольна група (31,11%)
Продромальний астеничний період	33,35%	18,54%	17,86%

«Абортивні дебюти»:	22,22%	33,34%	32,14%
- параноїдний;	14,82%	22,24%	14,28%
- галюцинаторно- параноїдний;	3,70%	–	10,72%
- депресивно- параноїдний.	3,70%	11,10%	7,14%
Гебоїдний синдром	25,92%	25,92%	7,14%
Псевдопсихопатичні (шизоїдні) розлади	14,81%	11,10%	39,28%
Заїкання	7,40%	–	–
Розлад експресивного мовлення	–	3,70%	–
Неорганічний енурез	–	7,40%	3,58%
Усього:	100%	100%	100%

На підставі отриманих даних видно, що в цілому результати дослідження другої підгрупи основної групи відповідають результатам першої. Звертає на себе увагу переважання продромального астеничного періоду у першій підгрупі, але воно не є статистично достовірним ($p > 0,05$). У контрольній групі при порівнянні з підгрупами основної групи достовірно рідше в преморбіді наявний гебоїдний синдром ($p < 0,05$) та достовірно частіше наявний псевдопсихопатичний (шизоїдний) розлад ($p < 0,05$).

Таким чином, виявлено, що у пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів, на догоспітальному етапі достовірно частіше спостерігався гебоїдний синдром ($p < 0,05$) та достовірно рідше симптоматика з клінікою шизоїдних розладів особистості ($p < 0,05$).

Вікові особливості маніфесту параноїдної форми шизофренії у обстежених пацієнтів.

У всіх пацієнтів досліджених груп госпіталізація до психіатричного стаціонару була вперше наданою спеціалізованою медичною допомогою з приводу наявної у них параноїдної форми шизофренії.

У першій підгрупі основної групи розподіл віку першої госпіталізації до психіатричного стаціонару виглядав наступним чином: 11-13 років – 2 (1,94%) пацієнта, 14-16 років – 4 (3,89%) пацієнта, 17-19 – 21 (20,39%), 20-22 – 20 (19,42%),

23-25 – 36 (34,96%), 26-28 – 8 (7,76%) пацієнтів, 29-31 років – 9 (8,73%), 32-34 – 2 (1,94%), 35-37 – 1 (0,97%) пацієнт. Середній вік першої госпіталізації 22,6±4,55 років.

Отримані дані відображено на Рис. 1.

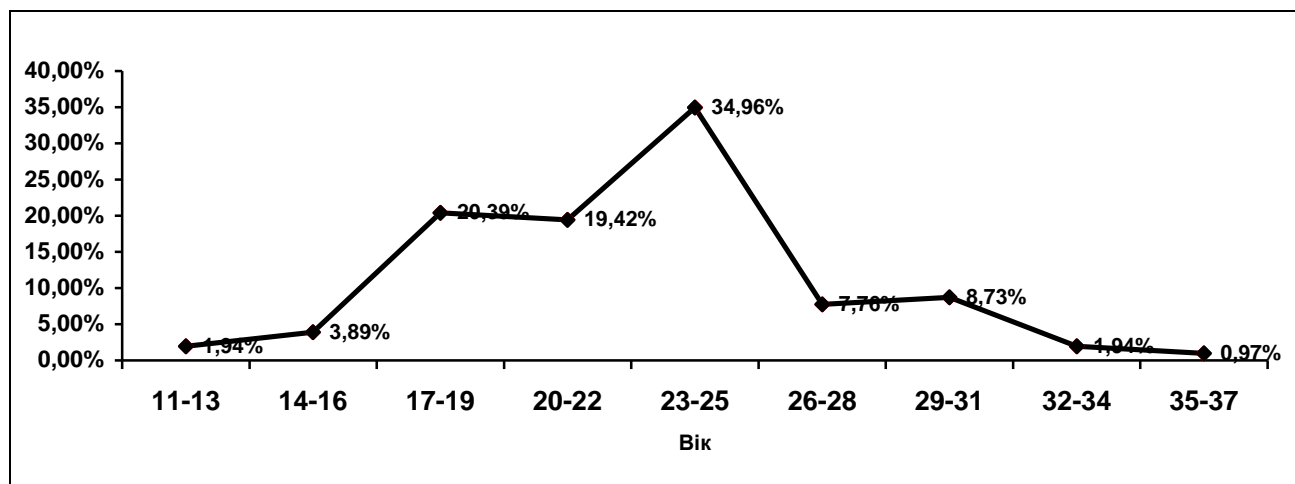


Рис. 1. Вік першої госпіталізації до психіатричного стаціонару пацієнтів I підгрупи основної групи

У другій підгрупі основної групи розподіл віку першої госпіталізації до психіатричного стаціонару виглядав наступним чином: 14-16 років – 3 (3,61%) пацієнта, 17-19 – 13 (15,66%), 20-22 – 28 (33,73%), 23-25 – 13 (15,66%), 26-28 – 7 (8,43%) пацієнтів, 29-31 років – 10 (12,04%), 32-34 – 9 (10,87%). Середній вік першої госпіталізації – 23,61±4,91 років.

Отримані результати представлено на Рис. 2.

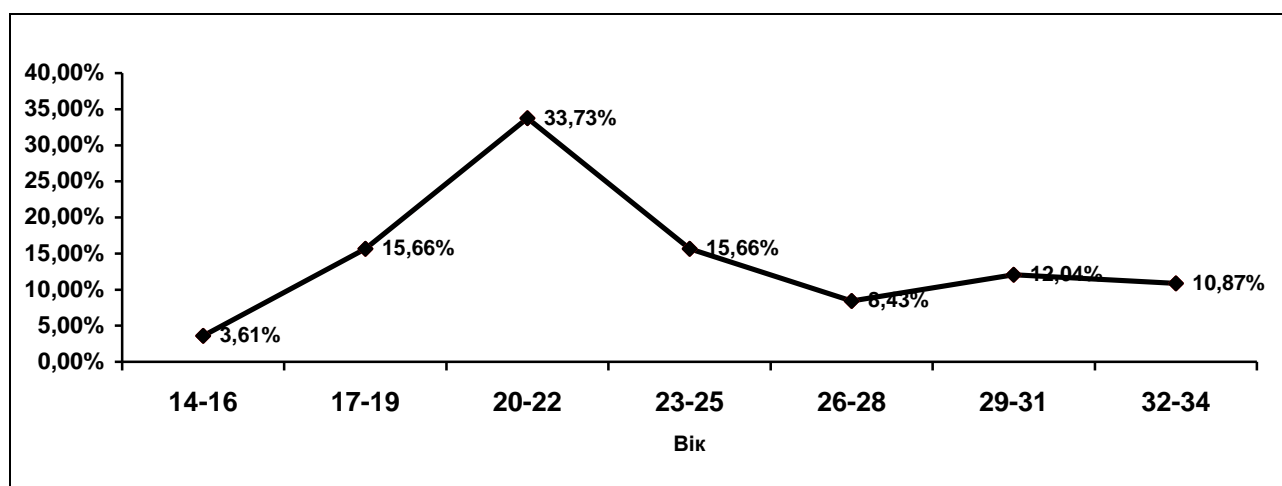


Рис. 2. Вік першої госпіталізації до психіатричного стаціонару серед пацієнтів II підгрупи основної групи

У контрольній групі вік першої госпіталізації до психіатричного стаціонару розподілювався наступним чином: 11-13 років – 2 (2,22%) пацієнта, 14-16 років – 3 (3,33%), 17-19 – 11 (12,23%), 20-22 – 17 (18,89%) пацієнтів, 23-25 – 15 (16,67%), 26-28

– 14 (15,56%), 29-31 років – 10 (11,12%), 32-34 – 3 (3,33%), 35-37 – 7 (7,77%) пацієнтів, 38-40 – 4 (4,44%), 41-43 – 2 (2,22%), 44-46 – 2 (2,22%). Середній вік – першої госпіталізації 25,82±7,35 років.

Отримані результати представлено на Рис. 3.

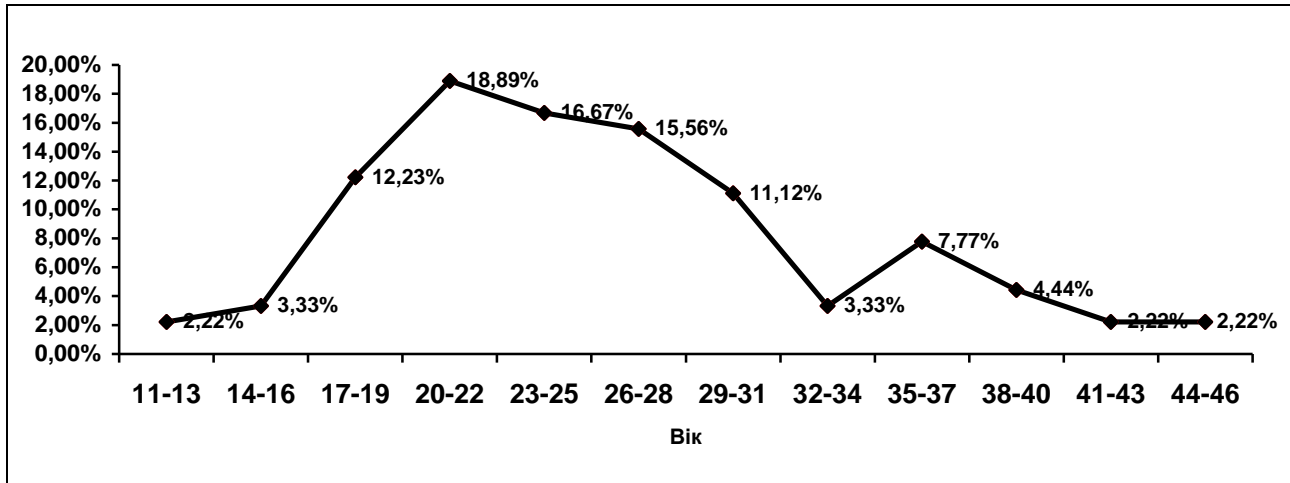


Рис. 3. Вік першої госпіталізації до психіатричного стаціонару серед пацієнтів контрольної групи

Аналіз отриманих даних показав, що у період 23-25 років перша госпіталізація серед пацієнтів другої підгрупи основної групи мала місце достовірно рідше ($p < 0,05$), у період 32-34 достовірно частіше ($p < 0,05$) у порівнянні з першою підгрупою. Середній вік першої госпіталізації у пацієнтів даної групи виявився більшим, ніж у пацієнтів першої, але отриманий результат не є статистично достовірним ($p > 0,05$). У порівнянні з пацієнтами основної групи контрольна відрізнялася незначним, але стабільним переважанням першої госпіталізації у вікових проміжках за 32 роки. У порівнянні з першою підгрупою основної групи у віковому проміжку 23-25 років перша госпіталізація зустрічалася достовірно рідше ($p < 0,05$). Середній вік першої госпіталізації в психіатричний стаціонар у порівнянні з пацієнтами основної групи виявився достовірно більшим ($p < 0,05$).

Отже, середній вік надання першої спеціалізованої допомоги хворим основної групи виявився достовірно меншим у порівнянні з пацієнтами контрольної групи ($p < 0,05$).

Синдромальна характеристика маніфесту параноїдної форми шизофренії.

При вивченні синдромальної характеристики маніфесту шизофренії у пацієнтів першої підгрупи виявлено, що у 3 (2,91%) був наявний маніакальний синдром, у 11 (10,68%) – маніакально-параноїдний, у 3 (2,91%) – галюцинаторний, у 48 (46,6%) –

галюцинаторно-параноїдний, у 5 (4,85%) пацієнтів ми спостерігали синдром Кандинського-Клерамбо, у 3 (2,91%) – гебоїдний, у 6 (5,82%) – депресивно-параноїдний, у 3 (2,91%) – онейроїдно-кататонічний, у 18 (17,5%) – параноїдний. Гострий деліріозний дебют мав місце в 3 (2,91%) випадках, у 2 з яких він перебігав на тлі канабіноїдної інтоксикації.

Вивчаючи синдромальні особливості маніфесту шизофренії у пацієнтів другої підгрупи виявлено, що у 21 (25,3%) був наявний маніакально-параноїдний синдром, у 1 (1,2%) – галюцинаторний, у 33 (39,76%) – галюцинаторно-параноїдний, у 1 (1,2%) пацієнта ми спостерігали синдром Кандинського-Клерамбо, у 1 (1,2%) – гебоїдний, у 2 (2,4%) – депресивно-параноїдний, у 2 (2,4%) – онейроїдно-кататонічний, у 22 (26,54%) – параноїдний.

При вивченні синдромальної характеристики маніфесту шизофренії у пацієнтів контрольної групи виявлено, що у 1 (1,11%) особи був наявний апато-абулічний синдром, у 2 (2,22%) – маніакально-параноїдний, у 29 (32,22%) – галюцинаторно-параноїдний, у 6 (6,66%) пацієнтів ми спостерігали синдром Кандинського-Клерамбо, у 3 (3,33%) – гебоїдний, у 13 (14,44%) – депресивно-параноїдний, у 1 (1,11%) – онейроїдно-кататонічний і у 35 (38,91%) – параноїдний.

Розподіл провідних психопатологічних синдромів маніфестації параноїчної форми шизофренії у досліджених пацієнтів відображено в Табл. 2.

Таблиця 2.

Розподіл провідних психопатологічних синдромів маніфесту параноїчної форми шизофренії (%)

Психопатологічний синдром	Клінічні групи		
	I підгрупа (N=103)	II підгрупа (N=83)	Контрольна група (N=90)
Маніакальний	2,91%	–	–
Маніакально-параноїдний	10,68%	25,3%	2,22%
Галюцинаторний	2,91%	1,2%	–
Галюцинаторно-параноїдний	46,6%	39,76%	32,22%
Синдром	4,85%	1,2%	6,66%

Кандинського-Клерамбо			
Гебоїдний	2,91%	1,2%	3,33%
Депресивно-параноїдний	5,82%	2,4%	14,44%
Онейроїдно-кататонічний	2,91%	2,4%	1,11%
Параноїдний	17,5%	26,54%	38,91%
Деліріозний	2,91%	–	–
Апатико-абулічний	–	–	1,11%
Усього:	100%	100%	100%

Маніакальний синдром проявлявся поєднанням підвищеного настрою, прискорення темпу психічної діяльності й підвищення рухової активності.

Симптомами маніакально-параноїдного синдрому було поєднання піднесеного настрою з різноманітними формами образної, рідше інтерпретативної маячні.

Галюцинаторний синдром мав клініку гострого вербального галюцинозу, що проявлялося напливом слухових галюцинацій моновокального, діалогічного чи полівокального характеру, моно- чи політематичного за змістом.

Параноїдний синдром проявлявся поєднанням інтерпретативних або інтерпретативно-образних маячних ідей із сенсорними розладами у формі психічних автоматизмів та (або) вербальних галюцинацій. Залежно від переважання в структурі параноїдного синдрому того чи іншого зазначеного компонента, виділяли маячний (власне параноїдний) чи галюцинаторний (галюцинаторно-параноїдний) його варіанти. У разі маячного варіанту маячні ідеї зазвичай були систематизовані більшою мірою, ніж за галюцинаторного, а серед сенсорних порушень переважали психічні автоматизми. Для галюцинаторного варіанту були характерні вербальні галюцинації, в той час як психічні автоматизми нерідко залишалися нерозгорнутими, і у хворих завжди можна було з'ясувати ті чи інші особливості їх психічного стану, оскільки повна недоступність їх для контакту спостерігалася дуже рідко.

Синдром Кандинського–Клерамбо (синдром психічного автоматизму) проявлявся відчуженням чи втратою хворим відчуття власного "Я", власних психічних процесів (розумових, сенсорних, моторних, рухових), що поєднувалося з відчуттям впливу

сторонньої сили та відкритості для оточуючих ("оголення") власних думок. Синдром супроводжувався маячною психічного та фізичного впливу, ідеями переслідування.

Гебоїдний синдром характеризувався втратою просоціальних тенденцій з переважанням таких розладів, як негативізм, нездатність контролювати власну поведінку, емоційна холодність, розгальмованість потягів та жорстокість.

Депресивно-параноїдний синдром проявлявся поєднанням депресивних, маячних, сенсорних і моторних розладів. В клініці депресивного афекту спостерігалися туга, тривога, страх, відчай. Зміст маячення був конгруентним афекту: якщо афект визначався тугою та тривогою, у хворих мали місце ідеї самозвинувачення, а якщо переважав страх, поряд з маяченням самозвинувачення спостерігалися ідеї переслідування, збитку, образні й нігілістичні маячні думки.

Онейроїдно-кататонічний синдром проявлявся руховими розладами у формі акінезії (кататонічний ступор) або гіперкінезії (кататонічне збудження) на тлі онейроїдного розладу свідомості.

Гострий деліріозний маніфест за клінікою нагадував екзогенний токсико-інфекційний психоз: при підвищенні температури тіла виникала картина гострого психомоторного збудження зі сплутаністю свідомості та деліріозними проявами.

Апато-абулічний синдром в маніфестації шизофренічного процесу проявлявся змінами особистості хворого у вигляді неухважності, відставання у навчанні, втраті до нього інтересу, відстороненої мрійливості з періодичними спалахами роздратування.

Маячні ідеї як симптом спостерігалися у пацієнтів всіх досліджуваних груп в синдромальних межах маячних та афективних розладів. Нами було проаналізовано фабулу (загальну ідею, зміст) маячних ідей, наявних серед обстежених хворих.

Серед пацієнтів першої підгрупи основної групи маячні ідеї спостерігалися у 88 (85,44%) пацієнтів. Фабулу впливу ми визначили у 24 (27,27%) хворих, у 12 (13,63%) – стосунків, у 17 (19,31%) – переслідування, у 7 (7,95%) – винаходу і відкриття, у 1 (1,13%) – одержимості, у 1 (1,13%) – реформаторства, у 1 (1,13%) – ревнощів. У зв'язку з поширеністю релігійно-містичної тематики маячення у пацієнтів даної підгрупи ми відійшли від класичної класифікації фабул маячні В. Грізінгера, і виділили її в окрему категорію. Цю категорію складало містичне маячення, маячення месіанства, маніхейське, архаїчне, одержимості, чаклунства, гріховності. Дані маячні ідеї були наявні у 25 (28,45%) хворих першої підгрупи основної групи.

Серед пацієнтів другої підгрупи основної групи маячні ідеї спостерігалися у 79 (95,18%) пацієнтів. Вивчаючи фабулу маячних ідей у другій підгрупі основної групи ми виявили, що у 18 (22,78%) пацієнтів спостерігалися маячні ідеї переслідування, у 15 (18,98%) – впливу, у 11 (13,92%) – стосунку, у 4 (5,06%) – винаходу і відкриття, у 1 (1,26%) – самоприниження, у 1 (1,26%) – пограбування, у 1 (1,26%) – високого походження, у 1 (1,26%) – ревнощів, у 1 (1,26%) – багатства, і у 26 (32,96%) обстежених мало місцу маячення релігійно-містичного характеру.

Серед пацієнтів контрольної групи маячні ідеї спостерігалися у 85 (94,44%) пацієнтів. Вивчаючи тематику маячних ідей у пацієнтів контрольної групи з'ясувалося, що у 21 (24,71%) пацієнтів були наявні маячні ідеї впливу, у 21 (24,71%) – переслідування, у 19 (22,35%) – стосунку, у 7 (8,26%) – реформаторства, у 4 (4,71%) – винаходу і відкриття, у 4 (4,71%) – іпохондричного змісту, у 1 (1,18%) – самозвинувачення, а релігійно-містична фабула спостерігалася у 8 (9,37%) пацієнтів.

Отримані нами дані відображено в Табл. 3.

Таблиця 3.

Розподіл фабул маячних ідей при маніфестації параноїчної форми шизофренії у досліджених пацієнтів

Фабула маячення	Клінічні групи		
	I підгрупа (N=88)	II підгрупа (N=79)	Контрольна група (N=85)
Стосунків	13,63%	13,92%	22,35%
Впливу	27,27%	18,98%	24,71%
Одержимості	1,13%	–	–
Реформаторства	1,13%	–	8,26%
Винаходу і відкриття	7,95%	5,06%	4,71%
Переслідування	19,31%	22,78%	24,71%
Ревнощів	1,13%	1,26%	–
Релігійно-містичне	28,45%	32,96%	9,37%
Самоприниження	–	1,26%	–

Пограбування	–	1,26%	–
Високого походження	–	1,26%	–
Багатства	–	1,26%	–
Самозвинувачення	–	–	1,18%
Іпохондричні	–	–	4,71%
Усього:	100%	100%	100%

Аналіз отриманих даних виявив тенденцію до переважання у пацієнтів основної групи синдромів розладів перцептивної сфери (галюцинаторного, галюцинаторно-параноїдного, синдрому Кандинського-Клерамбо, онейроїдно-кататонічного та деліріозного). Серед хворих першої підгрупи частка зазначеної симптоматики склала 60,18%, другої – 44,56%, в той час як у контрольній групі розлади сприйняття в маніфестації хвороби спостерігалися у 39,99% випадках ($p > 0,05$). Також було виявлено статистично недостовірне переважання параноїдного синдрому (його маячного варіанту) у контрольній групі (38,91%) у порівнянні з підгрупами основної групи (17,5% та 26,54% відповідно; $p > 0,05$).

Статистично достовірним виявилось переважання маніакальної симптоматики в межах маніакального та маніакально-параноїдного синдромів у пацієнтів основної групи (перша підгрупа – 13,59%, друга підгрупа – 25,3%) у порівнянні з пацієнтам контрольної групи (2,22%) ($p < 0,05$).

Також аналіз отриманих результатів виявив статистично достовірне переважання релігійно-містичної тематики маячних ідей серед пацієнтів основної групи (28,45% – перша підгрупа, 32,96% – друга підгрупа) порівняно з контрольною (9,32%) групою ($p < 0,05$).

Досить значна доля даної категорії маячних фавул, на нашу думку, пов'язана з переважанням підвищеного настрою у пацієнтів під час канабіноїдної інтоксикації, яка зазвичай асоціюється з психопатологічною симптоматикою. Під час маніфестації шизофренічного процесу у хворих на ейфоричному тлі формувалося почуття «обраності», долученості до "божественного таїнства". Ставлення до пережитого як до "дарованого" немов би забороняло ігнорувати цей "дар", а втрата наявної у психотичному стані "безпосередньої дії" містичних сил, мотивувала подальший

містично-релігійний пошук у спілкуванні зі священнослужителями та іншими особами, що мали релігійний досвід.

Також певну роль у формуванні релігійно-містичних фобул маячні, за нашою думкою, відіграють механізми катестетичного та голотимного маячнеутворення, що доводиться більшою кількістю перцептивних та маніакальної симптоматики в маніфестації шизофренії у пацієнтів основної групи. Наприклад, сенсорні та рухові автоматизми створювали підґрунтя для маячних інтерпретацій проникнення у тіло надприродної істоти, або конгруентність маячних ідей месіанства маніакальному афекту.

Альтернативним поясненням вищезазначеного за нашою думкою, може бути стан, так званої, магічної кризи ідентичності у обстежених нами хворих, за якої особистість під тиском духовних та соціальних проблем занурюється в окультні уявлення та містичні переживання.

Особливості ремісій та повторних госпіталізацій у обстежених пацієнтів.

Тривалість першої ремісії шизофренії в обстежених пацієнтів.

У нашому дослідженні ми визначили ремісію як стан низького чи помірною рівня вираженості симптомів, при якому відсутність симптомів шизофренії, що не впливають на поведінку хворого. При цьому їх вираженість мала бути нижчою того рівня, який необхідний для встановлення початкового діагнозу шизофренії. Для повної оцінки ми враховували не тільки клінічні прояви, але й аспекти соціального та трудового функціонування хворих. Верифікацію виникнення ремісії проводили за шкалою PANSS по восьми її показниках: маячення, галюцинаторна поведінка, незвичайний зміст думок, розлади мислення, манірність та позування, притуплений афект, соціальна відгородженість, порушення спонтанності та плавності мови.

Усі пацієнти першої основної групи повторно госпіталізувалися до Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева. Таким чином тривалість першої ремісії була взята як час між першою та другою госпіталізаціями. До 6 міс. вона тривала у 11 (10,67%) пацієнтів, 6 міс.–1 рік – у 38 (36,89%), 1 рік – 3 роки – у 38 (36,89%), 3 роки – 5 років – у 7 (6,79%), більше 5 років – у 9 (8,76%) пацієнтів. Середня тривалість першої ремісії у пацієнтів першої підгрупи основної групи становила $2,51 \pm 0,51$ роки.

Усі пацієнти другої підгрупи також повторно госпіталізувалися до відділень психіатричного стаціонару. До 6 міс. ремісія тривала у 19 (22,89%) пацієнтів, 6 міс.–1 рік – у 33 (39,75%), 1 рік – 3 роки – у 29 (34,93%), 3 роки – 5 років – у 2 (2,43%) пацієнтів, більше 5 років – у жодного з пацієнтів. Середня тривалість першої ремісії у пацієнтів другої підгрупи основної групи становила $1,27 \pm 0,15$ рік.

Усі пацієнти контрольної групи також повторно госпіталізувалися психіатричного стаціонару. Ремісія до 6 міс. тривала у 8 (8,88%) пацієнтів, 6 міс.–1 рік – у 20 (22,22%), 1 рік – 3 роки – у 29 (32,23%), 3 роки – 5 років – у 4 (4,44%) пацієнтів, більше 5 років – у 29 (32,23%) пацієнтів. Середня тривалість першої ремісії у пацієнтів контрольної групи становила $4,38 \pm 0,67$ роки.

Отримані дані графічно представлено на Рис. 4.

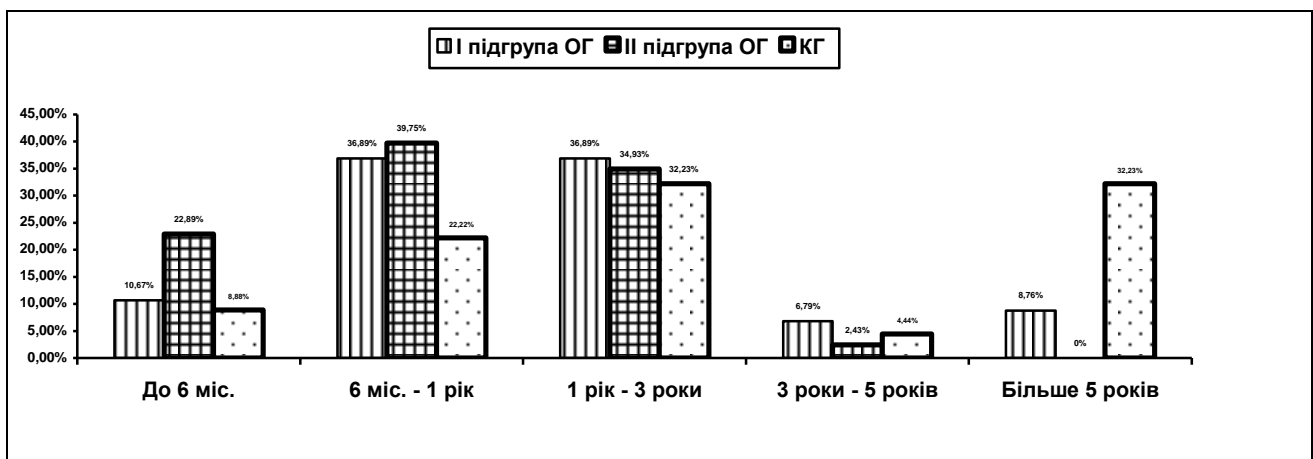


Рис. 4. Тривалість першої ремісії у пацієнтів основної та контрольної груп

Аналізуючи отримані дані виявлено, що тривалість першої ремісії у пацієнтів основної групи була достовірно меншою, ніж у пацієнтів контрольної ($p < 0,05$). У вікових проміжках мала місце статистично достовірна більшість тривалості ремісій до 6 міс. у пацієнтів другої підгрупи основної групи та меншість у віковому проміжку більше 5 років у пацієнтів обох підгруп основної групи, у порівнянні з контрольною ($p < 0,05$). Тривалість ремісії від 1 до 5 років в усіх обстежених хворих займала приблизно однакову відсоткову частку.

Аналіз мотивів відмови від підтримуючої антипсихотичної терапії у обстежених пацієнтів в період першої ремісії.

Основною причиною повторних госпіталізацій до психіатричного стаціонару була відмова від антипсихотичної терапії. Усі пацієнти в досліджуваних групах на момент

повторної госпіталізації припинили регулярний прийом рекомендованої антипсихотичної терапії. Термін відмови складав від двох тижнів до трьох місяців.

Нами було проаналізовано мотиви відмови від прийому антипсихотиків в залежності від терміну ремісії: до 1 року, 1-5 років, більше 5 років.

Виявлено, що в першій підгрупі у хворих з тривалістю ремісії до 1 року мотивами відмови від прийому підтримуючої терапії були: незгода з лікарем щодо визначення стану пацієнта у 23 (22,33%) пацієнтів; побічна дія ліків (лікарський паркінсонізм, ортостатичний колапс) у 9 (8,73%); відмова від терапії за маячними та галюцинаторними мотивами у 17 (16,5%). У пацієнтів з тривалістю ремісії від 1 до 5 років: у 21 (20,38%) пацієнта – незгода з лікарем щодо визначення стану пацієнта; у 6 (5,82%) – побічна дія ліків (пізня дискінезія, підвищення маси тіла більше, ніж на 15 кг), у 11 (10,69%) – за маячними мотивами; у 4 (3,88%) осіб спостерігалася стійка ремісія з високою соціальною адаптацією, коли пацієнти вважали себе повністю здоровими, внаслідок чого самовільно припинили прийом підтримуючої терапії, у 3 (2,91%) – погіршення психічного стану, що вимагало зміни терапії. У пацієнтів з тривалістю першої ремісії більше 5 років мотиви були наступними: 3 (2,91%) пацієнти відмовилися від подальшого прийому ліків за маячними мотивами, у 4 (3,91%) спостерігалася стійка ремісія з високою соціальною адаптацією, коли пацієнти вважали себе повністю здоровими, внаслідок чого самовільно припинили прийом підтримуючої терапії, у 2 (1,94%) – погіршення психічного стану, що вимагало зміни терапії.

При дослідженні пацієнтів другої підгрупи основної групи з ремісією до 1 року виявлено, що мотивами відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії були у 37 (44,58%) пацієнтів – незгода з лікарем щодо визначення стану пацієнта, у 6 (7,22%) – побічна дія ліків (лікарський паркінсонізм, ортостатичний колапс), у 9 (10,84%) – відмова від терапії за маячними та галюцинаторними мотивами. У пацієнтів з тривалістю ремісії від 1 до 5 років мотивація виявилася наступною: у 17 (20,48%) пацієнтів – незгода з лікарем щодо визначення стану пацієнта, у 2 (2,4%) побічна дія ліків (пізня дискінезія, підвищення маси тіла більше, ніж на 15 кг), у 9 (10,88%) – маячні мотиви, у 1 (1,2%) спостерігалася стійка ремісія з високою соціальною адаптацією, коли пацієнти вважали себе повністю здоровими, внаслідок чого самовільно припинили прийом підтримуючої терапії, у 2 (2,4%) – погіршення

психічного стану, що вимагало зміни терапії. Ремісії тривалістю більше 5 років в даній підгрупі були відсутні.

Аналізуючи мотиви відмови від прийому антипсихотиків пацієнтами контрольної групи з тривалістю ремісії до 1 року виявлено, що у 11 (12,22%) пацієнтів мотивом була незгода з лікарем щодо визначення стану пацієнта, у 6 (6,66%) – побічна дія ліків (лікарський паркінсонізм, ортостатичний колапс), у 11 (12,22%) – відмова від терапії за маячними мотивами. У пацієнтів з тривалістю першої ремісії від 1 до 5 років: у 5 (5,55%) – незгода з лікарем щодо визначення стану пацієнта, у 4 (4,44%) – побічна дія ліків (пізня дискінезія, підвищення маси тіла більше, ніж на 15 кг), у 13 (14,44%) – маячні мотиви; у 7 (7,77%) спостерігалася стійка ремісія з високою соціальною адаптацією, коли пацієнти вважали себе повністю здоровими та самовільно припинили прийом підтримуючої терапії, у 4 (4,47%) – погіршення психічного стану, що вимагало зміни терапії. У пацієнтів з тривалістю першої ремісії більше 5 років мотиви розподілилися наступним чином: 10 (11,11%) пацієнтів відмовилися від подальшого прийому ліків за маячними мотивами, у 9 (10,0%) спостерігалася стійка ремісія з високою соціальною адаптацією, коли пацієнти вважали себе повністю здоровими та самовільно припинили прийом підтримуючої терапії, у 3 (3,33%) – погіршення психічного стану, що вимагало зміни терапії, 7 (7,79%) відмовилися від продовження терапії внаслідок вираженого когнітивного зниження, внаслідок чого було відсутнє адекватне відношення до прийому лікарських засобів.

Сумарно отримані дані відображено в Табл. 4.

Таблиця 4

Мотиви відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії у досліджених пацієнтів (%)

Мотив	I підгрупа (N=103)				II підгрупа (N=83)			Контрольна група (N=90)			
	< 1 р.	1-5 р.	> 5 р.	Разом	< 1 р.	1-5 р.	Разом	< 1 р.	1-5 р.	> 5 р.	Разом
Незгода з лікарем	22,33	20,38	–	42,71	44,58	20,48	65,06	12,22	5,55	–	17,77

ПДЛ*	8,73	5,82	–	14,55	7,22	2,4	9,62	6,66	4,44	–	11,1
Маячні мотиви	16,5	10,69	2,91	30,1	10,84	10,88	21,72	12,22	14,44	11,11	37,77
Стійка ремісія	–	3,88	3,91	7,79	–	1,2	1,2	–	7,77	10,0	17,77
Рецидив	–	2,91	1,94	4,85	–	2,4	2,4	–	4,47	3,33	7,8
Дефект	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7,79	7,79
Усього:	47,56	43,68	8,76	100	62,64	37,36	100	31,1	36,67	32,23	100

*Побічна дія ліків

За нашою думкою, отримані дані відбивають особливості внутрішньої картини хвороби, наявної у досліджених пацієнтів, що детально описано в Розділі 5.

Провівши статистичний аналіз отриманих даних виявлено, що провідним мотивом відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії у пацієнтів основної групи була незгода з лікарем щодо визначення свого стану (для пацієнтів першої підгрупи основної групи – $p < 0,05$ та для пацієнтів другої – $p < 0,001$). Також мала місце достовірно менша кількість у пацієнтів другої підгрупи основної групи стійкої ремісії з високою соціальною адаптацією, під час якої пацієнти вважали себе повністю здоровими, внаслідок чого самовільно припинили прийом підтримуючої терапії ($p < 0,05$). Також у пацієнтів основної групи не спостерігалось жодного випадку вираженого когнітивного зниження, внаслідок чого було відсутнє адекватне відношення до прийому лікарських засобів, на відміну від хворих контрольної групи.

Синдромальна характеристика другого психотичного епізоду шизофренічного процесу.

Синдромальна характеристика другого загострення у пацієнтів першої підгрупи основної групи в цілому відповідала розподілу психопатології під час маніфесту, але у 1 (0,97%) випадку маніакальний синдром змінив галюцинаторно-параноїдний, у 5 (4,85%) – маніакально-параноїдний синдром змінив галюцинаторно-параноїдний (4) та онейроїдно-кататонічний (1), у 7 (6,80%) пацієнтів замість галюцинаторно-параноїдного спостерігався гебоїдний (1), параноїдний (2), галюцинаторний (1), онейроїдно-кататонічний (2) та деліріозний (1), параноїдний синдром у 7 хворих змінив галюцинаторно-параноїдний (2), синдром Кандинського-Клерамбо (1), галюцинаторний (1), деліріозний (1), гебоїдний (1), маніакальний (1), у 3 (2,91%)

пацієнтів замість тривожно-фобічного синдрому мав місце синдром Кандинського-Клерамбо, маніакально-параноїдний та деліріозний синдроми.

У пацієнтів другої підгрупи основної групи синдромальна характеристика другого загострення також відповідала маніфестації процесу. Але, аналізуючи його клінічну картину, ми визначили, що у 2 (2,40%) пацієнтів галюцинаторно-параноїдний синдром змінив параноїдний та гебоїдний синдроми, параноїдний синдром у 6 хворих змінив галюцинаторно-параноїдний (4), онейроїдно-кататонічний (1) та апато-абулічний (1).

Клінічна картина другого загострення у пацієнтів контрольної групи в цілому відповідала синдромології маніфесту. Проте у 1 (1,11%) випадку маніакально-параноїдний синдром змінив галюцинаторно-параноїдний, у 2 (2,22%) – галюцинаторний синдром змінив маніакально-параноїдний, у 4 (4,44%) пацієнтів замість галюцинаторно-параноїдного спостерігався маніакально-параноїдний (2), параноїдний (1), та онейроїдно-кататонічний (1) синдроми, параноїдний синдром у 1 (1,11%) хворого змінив галюцинаторно-параноїдний, у 1 (1,11%) пацієнта гебоїдний синдром змінив галюцинаторно-параноїдний.

Отже, клінічна картина другого загострення в усіх групах в цілому відповідала маніфесту. В той же час у першій підгрупі основної групи маніакальна симптоматика в межах маніакального та маніакально-параноїдного синдромів, що достовірно переважала під час маніфестації, була виявлена ще у 4 (3,88%) випадках.

Дослідження прогредієнтності шизофренічного процесу у обстежених пацієнтів.

Для визначення прогредієнтності шизофренічного процесу стан пацієнтів під час другої госпіталізації до психіатричного стаціонару було оцінено за допомогою шкали CGI-I та шкали PANSS.

Визначено, що середній бал ($M \pm \sigma$) за шкалою CGI-I у пацієнтів основної групи першої підгрупи становив $5,67 \pm 0,39$, другої підгрупи – $5,78 \pm 0,48$, контрольної групи – $4,62 \pm 0,46$.

Отже, психічний стан під час другої госпіталізації у пацієнтів основної групи був статистично достовірно тяжчим у порівнянні з пацієнтами основної групи ($p < 0,001$). Сумарно психічний стан пацієнтів основної групи частіше оцінювався як значне погіршення, на відміну від контрольної, де він наближався до мінімального погіршення.

Дані, отримані за допомогою шкали PANSS під час першої та другої госпіталізації, відображено в Табл. 5.

Таблиця 5.

Результати дослідження за шкалою PANSS в обстежених групах пацієнтів під час першої та другої госпіталізації (Вказаний середній бал (М) по кожному пункту шкали)

Група Ознака	Основна (N=186)				Контрольна (N=90)	
	I (N=103)		II (N=90)		I госп.	II госп.
	I госп.	II госп.	I госп.	II госп.		
P1. Маячення	4,12	4,67	4,33	4,82	4,41	4,89
P2. Дезорганізація мислення	3,23	3,91	3,19	3,82	3,21	3,78
P3. Галюцинаторна поведінка	4,96	3,82	4,51	3,60	3,87	3,43
P4. Збудження	4,82	4,85	4,87	4,99	3,76	3,68
P5. Манія величі	3,35	4,42	4,05	4,59	2,09	2,07
P6. Підозріливість / переслідування	4,01	4,29	3,84	3,45	3,93	4,28
P7. Ворожість	4,52	5,08	4,54	5,11	3,32	3,14
Разом (шкала позитивних симптомів)	29,01	31,04	29,33	30,38	24,59	25,27
N1. Сплющений афект	2,79	3,31	2,68	3,11	3,54	4,39
N2. Емоційне відсторонення	2,72	3,04	2,57	2,81	3,79	4,27
N3. Поганий рапорт	3,22	3,61	3,12	3,47	3,88	4,67
N4. Пасивне соціальне відсторонення	2,81	3,23	2,63	2,98	4,13	5,02

N5. Труднощі в абстрактному мисленні	3,24	4,12	3,41	4,33	3,37	4,19
N6. Брак у спонтанності та утруднення перебігу спілкування	2,39	2,91	2,36	2,83	2,71	2,98
N7. Стереотипізоване мислення	3,62	4,09	3,87	4,36	3,72	4,23
Разом (шкала негативних симптомів)	20,79	24,31	20,64	23,89	25,14	29,75
G1. Соматичні скарги	3,41	4,22	3,29	4,07	2,46	2,85
G2. Тривога	3,12	3,51	2,87	3,18	3,19	3,63
G3. Почуття провини	3,06	3,35	2,39	2,34	3,39	3,48
G4. Напруження	2,65	2,74	2,46	2,57	2,95	3,12
G5. Манірність та позування	1,19	1,09	1,21	1,11	1,11	1,06
G6. Депресія	2,48	2,79	1,67	1,80	3,89	3,93
G7. Моторна ретардація	2,72	2,95	2,37	2,51	2,69	2,94
G8. Небажання співпрацювати	3,73	4,51	3,71	4,47	2,48	2,62
G9. Незвичний зміст мислення	3,13	3,48	3,02	3,34	3,23	3,51
G10. Дезорієнтація	1,21	1,14	1,37	1,51	1,12	1,08
G11. Погана увага	1,84	1,88	1,91	1,99	1,91	1,95
G12. Недостатність судження та здібності до розуміння	3,75	3,90	4,25	4,63	3,28	3,42
G13. Розлади волі	3,03	3,28	2,51	2,69	3,85	4,27
G14. Недостатність	2,61	2,81	3,11	3,92	2,17	2,43

контролю імпульсів						
G15. Заглибленість	2,88	3,11	2,23	2,41	3,19	3,81
G16. Активне соціальне уникання	2,56	2,82	2,87	3,04	2,91	3,18
Разом (шкала загальної психопатології)	43,37	47,58	41,24	45,58	43,82	47,28
Разом	93,17	102,93	91,21	99,85	93,55	102,33

Провівши статистичне опрацювання отриманих даних, виявлено, що в усіх досліджуваних групах збільшення сумарного балу було приблизно однакове (середнє значення (M) – 9,06). В той же час в основній групі, як під час маніфестації хвороби так і при другому загостренні бали за шкалою позитивних симптомів були вищими, ніж у пацієнтів контрольної (p<0,001). За шкалою негативних симптомів вищими виявилися бали у пацієнтів контрольної групи (p<0,001). Бали за шкалою загальної психопатології були приблизно рівними у всіх обстежених пацієнтів.

Дослідження резидуальних змін особистості при шизофренії в обстежених пацієнтів.

Типологічна характеристика резидуальних змін особистості в обстежених пацієнтів.

Дослідження резидуальних змін особистості проводилося на етапі становлення ремісії, коли психотична симптоматика була тамована, минулий психотичний епізод хоча б частково критично усвідомлювався, та ставало можливим оцінити варіант залишкової (дефіцитарної) симптоматики.

Резидуальні зміни особистості у пацієнтів першої підгрупи були відсутні в 16 (15,53%) спостереженнях, і, відповідно у 87 (84,47%) хворих вони спостерігалися. Розподіл резидуальних змін особистості у першій підгрупі виглядав наступним чином: у 42 (48,27%) пацієнтів – апато-абулічний, у 3 (3,44%) – астенічний, у 27 (31,03%) – змішаний, у 3 (3,44%) – за типом лабільності вольового зусилля та дезорганізації цілеспрямованої діяльності, у 12 (13,82%) – психопатоподібний. В структурі змішаного типу резидуальних змін особистості були наявні наступні комбінації: астенічний / апато-абулічний – у 1 (1,14%) пацієнта, психопатоподібний / апато-абулічний – у 5 (5,75%), психопатоподібний / за типом монотонної активності

та ригідності афекту – у 1 (1,14%), психопатоподібний / параноїдний – у 2 (2,29%), параноїдний / за типом лабільності вольового зусилля та дезорганізації цілеспрямованої діяльності – у 1 (1,14%), параноїдний / апато-абулічний – у 17 (19,57%) пацієнтів.

У другій підгрупі основної групи резидуальні зміни особистості були відсутні у 9 (10,84%) пацієнтів, і відповідно вони спостерігалися у 74 (89,19%) хворих. Розподіл у другій підгрупі виглядав наступним чином: у 24 (32,43%) пацієнта – апато-абулічний, у 4 (5,4%) – астеничний, у 27 (36,48%) – змішаний, у 4 (5,4%) – за типом лабільності вольового зусилля та дезорганізації цілеспрямованої діяльності, у 13 (20,29%) – психопатоподібний. В структурі змішаного типу резидуальних змін особистості були наявні наступні комбінації: апато-абулічний / за типом лабільності вольового зусилля та дезорганізації цілеспрямованої діяльності – у 2 (2,04%) пацієнтів, психопатоподібний / апато-абулічний – у 9 (12,24%), психопатоподібний / параноїдний – у 3 (4,08%), параноїдний / апато-абулічний – 13 (18,12%) осіб.

У контрольній групі резидуальні зміни особистості були відсутні у 3 (3,33%) пацієнтів, і відповідно вони були наявні у 87 (96,67%). Розподіл резидуальних змін особистості у контрольній групі виглядав так: у 45 (51,72%) пацієнтів – апато-абулічний, у 10 (11,49%) – астеничний, у 21 (24,14%) – змішаний, у 8 (9,2%) – за типом лабільності вольового зусилля та дезорганізації цілеспрямованої діяльності, у 2 (2,3%) – психопатоподібний, у 1 (1,15%) – параноїдний. В структурі типу були наявні наступні комбінації: астеничний / апато-абулічний – у 6 (6,9%) пацієнтів, за типом лабільності вольового зусилля та дезорганізації цілеспрямованої діяльності / апато-абулічний – у 2 (2,3%), за типом лабільності вольового зусилля та дезорганізації цілеспрямованої діяльності / параноїдний – у 1 (1,15%), психопатодібний / апато-абулічний – у 2 (2,3%), параноїдний / апато-абулічний – у 10 (11,49%) обстежених.

Сумарно отримані дані відображено в Табл. 6.

Таблиця 6.

Типологічна характеристика резидуальних змін особистості

Тип резидуальних змін особистості	Клінічні групи		
	I підгрупа (N=103)	II підгрупа (N=83)	Контрольна група (N=90)

Апато-абулічний	48,27%	32,43%	51,72%
Астенічний	3,44%	5,4%	11,49%
За типом лабільності вольового зусилля та дезорганізація цілеспрямованої діяльності	3,44%	5,4%	9,2%
Психопатодібний	13,82%	20,29%	2,3%
Параноїдний	–	–	1,15%
Змішаний:	31,03%	36,48%	24,14%
- астенічний / апатико-абулічний;	1,14%	–	6,9%
- психопатоподібний / апатико-абулічний;	5,75%	12,24%	2,3%
- психопатоподібний / монотонна активність та ригідність афекту;	1,14%	–	–
- психопатоподібний / параноїдний;	2,29%	4,08%	–
- параноїдний / лабільність вольового зусилля та дезорганізація цілеспрямованої діяльності;	1,14%	–	1,15%
- параноїдний / апатико-абулічний;	19,57%	18,12%	11,49%
- апатико-абулічний / лабільність вольового зусилля та дезорганізація цілеспрямованої діяльності.	–	2,04%	2,3%
Усього:	100%	100%	100%

Отже, на підставі отриманих даних нами було встановлено, що у пацієнтів, хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів, статистично достовірно частіше мав місце психопатоподібний тип резидуальних змін особистості як в «чистому» вигляді так і в комбінації з іншими типами (у пацієнтів основної групи першої підгрупи – у 23% випадків, другої підгрупи – у 36,61%, у контрольній групі – у 4,6% випадків; $p < 0,05$).

Також виявлено, що статистично достовірно рідше у пацієнтів основної групи спостерігався астенічний тип дефекту (у першій підгрупі – у 4,58% випадків, у другій – у 5,4%, в контрольній групі – у 18,39% спостережень; $p < 0,05$).

Аналіз вчинених пацієнтами суспільно небезпечних дій, кваліфікованих як злочини.

Під час дослідження резидуальних змін особистості нами були проаналізовані також і суспільно небезпечні дії (СНД) вчинені обстеженими пацієнтами, які були кваліфіковані як злочини відповідно до чинного Кримінального Кодексу України: злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини.

Серед пацієнтів першої підгрупи основної групи злочини вчинили 27 (26,21%) хворих, з яких 9 (8,73)% вчинили правопорушення більше одного разу (від двох до чотирьох). Серед пацієнтів, які вчинили злочини одноразово 5 (4,86%) здійснили протиправні дії в межах злочинів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 309 КК України «Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту»), за ст. 115 «Умисне вбивство» – 1 (0,97%) пацієнт, за ст. 185 «Крадіжка» – 9 (8,74%) пацієнтів, за ст. 186 «Грабіж» – 1 (0,97%) пацієнт, за ст. 229 «Незаконне використання знака для товарів і послуг, фірмового найменування, кваліфікованого зазначення походження товару» – 1 (0,97%) пацієнт, за ст. 296 «Хуліганство» – 1 (0,97%) пацієнт. Статтями, які були порушені пацієнтами, які вчиняли злочини неодноразово були: ст.121 «Умисне тяжке тілесне ушкодження» (1 (0,97%) пацієнт), ст. 185 «Крадіжка» (7 (6,80%) пацієнтів), ст. 186 «Грабіж» (3 (2,91%) пацієнта), ст. 194 «Умисне знищення або пошкодження майна» (1 (0,97%) пацієнт), ст. 206 «Протиправне заволодіння майном підприємства, установи, організації» (1 (0,97%) пацієнт), ст. 224 «Виготовлення, збут та використання підроблених недержавних цінних паперів» (1 (0,97%) пацієнт), ст. 229 «Незаконне використання знака для товарів і послуг, фірмового найменування, кваліфікованого зазначення походження товару» (1 (0,97%) пацієнт), ст. 263 «Незаконне поводження зі зброєю, бойовими припасами або вибуховими речовинами» (1 (0,97%) пацієнт), ст. 296 «Хуліганство» (2 (1,94%) пацієнта), ст. 306 «Використання коштів, здобутих від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів, прекурсорів, отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів» (1 (0,97%) пацієнт), ст. 307 «Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів» (1 (0,97%) пацієнт), ст. 309 «Незаконне виробництво, виготовлення, придбання,

зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту» (3 (2,91%) пацієнта).

Серед пацієнтів другої підгрупи основної групи злочинні дії були вчинені 17 (20,48%) пацієнтами: одноразово – 13 (15,66%), дворазово здійснили 4 (4,82%) особи. Серед пацієнтів, які вчинили злочини одноразово 3 (3,62%) здійснили злочини в межах сфери обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 309 КК України «Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту»). Інші пацієнти вчиняли злочини за такими статтями: ст.121 «Умисне тяжке тілесне ушкодження» – 2 (2,41%) пацієнта, ст. 185 «Крадіжка» – 5 (6,03%) пацієнтів, ст. 186 «Грабіж» – 1 (1,20%) пацієнт, ст. 194 «Умисне знищення або пошкодження майна» – 1 (1,20%) пацієнт, ст. 296 «Хуліганство» – 1 (1,20%) хворий. Статтями, які були порушені пацієнтами, які вчиняли злочини дворазово були: ст.121 «Умисне тяжке тілесне ушкодження» (1 (1,20%) пацієнт), ст. 115 «Умисне вбивство» (2 (2,41%) пацієнта), ст. 185 «Крадіжка» (1 (1,20%) пацієнт), ст. 187 «Розбій» (1 (1,20%) пацієнт), ст. 307 «Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів» (1 (1,20%) пацієнт), ст. 309 «Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту» (2 (2,41%) пацієнта).

Серед обстежених пацієнтів контрольної групи злочини були вчинені 3 (3,33%). Усі три вчиняли їх більше одного разу (2 пацієнта двічі та 1 тричі). Статті Кримінального кодексу України, які були порушені пацієнтами контрольної групи, були: ст. 121 «Умисне тяжке тілесне ушкодження» (1 (1,11%)) пацієнт, ст. 127 «Катування» (1 (1,11%) пацієнт), ст. 129 «Погроза вбивством» (1 (1,11%) пацієнт), ст. 185 «Крадіжка» (3 (3,33%) пацієнта), ст. 229 «Незаконне використання знака для товарів і послуг, фірмового найменування, кваліфікованого зазначення походження товару» (1 (1,11%) пацієнт).

Отже, аналіз отриманих даних показав, що хворі на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів, складають більшу соціальну небезпеку ($p < 0,05$). Переважання СНД у пацієнтів основної групи корелювало з

переважанням у них психопатоподібного типу резидуальних змін особистості. Такі хворі частіше, ніж при неускладненій формі, вчиняли СНД, що відрізнялися особливою небезпекою, зі схильністю до рецидування.

Результати клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів з суїцидальною поведінкою.

У першій підгрупі основної групи суїцидальна поведінка спостерігалася у 9 (8,74%) пацієнтів (у 5 (4,85%) повторно), у другій підгрупі – у 12 (14,45%), у контрольній групі – у 15 (16,67%) (у 2 (2,22%) пацієнтів суїцидальна поведінка мала рецидивуючий характер).

Середній вік вчинення суїциду у першій підгрупі становив 24,33 роки, у другій підгрупі – 23,66 роки, у контрольній групі – 28,0 років. Таким чином, статистично достовірної різниці у віці вчинення суїциду виявлено не було.

Дані про розподіл самогубств за способом реалізації представлено в Табл. 7.

Таблиця 7.

Розподіл самогубств за способом реалізації (%)

Клінічні групи	Спосіб реалізації суїциду				Усього
	Отруєння	Дія гострих предметів	Падіння з висоти	Самопо-вішення	
I підгрупа (N=9)	40,0	50,0	10,0	0,0	100
II підгрупа (N=12)	18,2	63,6	0,0	18,2	100
Контрольна група (N=15)	37,5	31,3	12,5	18,7	100

Як демонструють наведені в Табл. 7. дані, спосіб реалізації самогубства у досліджуваних пацієнтів не мав певної специфічності чи особливостей в залежності від наявності супутньої наркологічної патології. В усіх групах домінуючими способами реалізації самогубства були отруєння та дія гострих предметів. Ці способи суїциду є найбільш розповсюдженими, як ми вважаємо, завдяки легкості застосування та поширеному уявленню про їх безболісність.

Аналізуючи синдромальну приналежність суїцидентів першої підгрупи, отримано наступний розподіл: депресивний синдром спостерігався у 14,29% пацієнтів, параноїдний – у 71,42%, істеро-депресивний – у 14,29% обстежуваних. Тобто більша

частина суїцидентів (71,42%) в структурі психічного розладу мала провідну параноїдну симптоматику.

Вивчення синдромальної приналежності суїцидентів другої підгрупи показало, що у 50,01% пацієнтів спостерігався параноїдний синдром, у позostalих випадках були наявні галюцинаторно-параноїдний, істеро-депресивний та депресивний синдроми (по 16,66% відповідно). Тобто аналогічно до пацієнтів першої підгрупи більша частина суїцидентів (66,67%) в структурі психічного розладу мала провідну параноїдну симптоматику.

Параноїдна симптоматика складалась з маячних ідей переслідування та відношення. У деяких випадках суїцидальна поведінка була «інструментом» при досягненні мети злитися з божеством, з «Космосом», яке здійснювалося на висоті релігійно-містичної екзальтації. Хворі відмічали втрату почуття часу і простору, переживання неземної радості і любові до Бога, коли виникала напружена потреба злитися з божеством, зруйнувавши власну тілесну оболонку. Суїциди з ідеями гріховності обумовлювалися поєднанням напруженого афекту і релігійних переживань. Депресивний синдром супроводжувався конгруентними афекту ідеями самоприниження та гріховності. Іноді депресивні епізоди супроводжувалися відчуттям власної бездуховності, внутрішнього спустошення, ідеями гріху перед Богом, який неможливо спокутувати. Ступінь вираженості депресії в усіх випадках визначався як тяжкий. Істеро-депресивний синдром проявлявся помірними та легкими депресивними станами у сполученні з демонстративністю, плаксивістю, звуженням когнітивної сфери, вегетативними дисфункціями. Галюцинаторно-параноїдна симптоматика складалась з вербального псевдогалюцинозу імперативного змісту та маячних ідей впливу.

При аналізі синдромальної приналежності обстежених контрольної групи встановлено, що в 57,14% випадків спостерігався депресивний синдром, у 7,14% – галюцинаторно-параноїдний, у 7,14% – депресивно-параноїдний, у 14,29% – істеро-депресивний, і у 14,29% обстежених провідним синдромом був параноїдний. Тобто більша частина суїцидентів (78,57%) в структурі психічного розладу мала провідну депресивну симптоматику. Депресивний синдром супроводжувався конгруентними афекту ідеями самоприниження, гріховності та зубожіння. Ступінь вираженості депресії в усіх випадках визначався як тяжкий. Галюцинаторно-параноїдна

симптоматика складалась з вербального псевдогалюцинозу імперативного змісту та маячних ідей впливу. Істеро-депресивний синдром проявлявся помірними та легкими депресивними станами у сполученні з демонстративністю, плаксивістю, звуженням когнітивної сфери, вегетативними дисфункціями. Параноїдна симптоматика складалась з маячних ідей переслідування та відношення. Депресивно-параноїдний синдром проявлявся поєднанням тривожної депресії з ажитацією, маячними ідеями іпохондричного змісту, самоприниження, відношення, переслідування та впливу.

Провівши статистичну обробку отриманих даних, ми виявили, що у пацієнтів першої підгрупи основної групи параноїдний синдром статистично достовірно переважав у порівнянні з контрольною ($p < 0,05$). У пацієнтів другої підгрупи також виявлено переважання параноїдного синдрому, але воно не є статистично достовірним ($p > 0,05$). Також виявлено, що депресивний синдром достовірно рідше мав місце у пацієнтів основної групи, порівняно з контрольною ($p < 0,05$).

Вивчаючи мотиви суїцидальної поведінки у обстежених пацієнтів ми звели їх до двох груп:

– переважно агресивні (звернення, заклик, протест, шантаж, помста), тобто такі, що мали спонукати оточуючих осіб звернути увагу, викликати співчуття, утрутитися й допомогти розв’язати нагальний конфлікт. Зазначені мотиви мали комунікативно-маніпулюючий характер.

– переважно егресивні (уникання, відмова від життя), тобто ті, у яких домінувала мотивація «втечі» від дійсності, що несе страждання чи можливе покарання.

Таблиця 8.

Розподіл суїцидентів за мотивом суїцидальних дій (%)

Мотив суїцидальних дій	Клінічні групи		
	I підгрупа (N=9)	II підгрупа (N=12)	Контрольна група (N=15)
Уникання	57,14%	45,43%	42,85%
Відмова від життя	28,58%	18,19%	–
Самопожертва	–	18,19%	14,28%
Демонстративно-шантажний	14,28%	18,19%	–
Заклик	–	–	28,86%

Протест	–	–	7,14%
Відсутність мотивації	–	–	7,14%
Усього:	100%	100%	100%

Як видно з представленої таблиці основним мотивом скоєння суїцидальної спроби у пацієнтів усіх обстежених груп було уникання, тобто прагнення позбавитись нестерпних страждань, найчастіше у вигляді психалгії, яка підсилювалась маячним компонентом. Саме їх наявністю хворі пояснювали здійснену спробу самогубства, яке набувало характеру „анальгетичного суїциду”.

Мотивація відмови від життя, обумовлювалась втратою емоційного реагування та ангедонічними проявами, що суб’єктивно сприймалось обстеженими як „знебарвлення” існування, втратою екзистенціального сенсу і неможливістю виконувати колишні ролі.

Домінуючий мотив самопожертви обумовлювався конгруентними депресивному синдрому маячними ідеями провини.

Мотиваційний сенс демонстративно-шантажних спроб полягав в психологічному тиску на оточуючих з метою зміни конфліктної ситуації в сприятливий для себе бік (викликати до себе жаль, співчуття, позбутися неприємностей тощо).

Мотивація заклику полягала у бажанні привернути до себе увагу, викликати співчуття, з метою активації допомоги ззовні та подальшою зміни ситуації.

Мотиви протесту полягали у непримиренності, бажанні покарати кривдників, заподіяти їм шкоду хоча б фактом власної смерті. Вони виникали в ситуації конфлікту, коли об’єктивна його ланка була ворожою або агресивною по відношенню до суб’єкта, а сенс суїциду полягав у негативному впливі на об’єктивну ланку.

Пацієнти з галюцинаторно-параноїдними розладами в усіх випадках здійснили спробу самогубства під домінуючим впливом вербального імперативного псевдогалюцинозу суїцидального змісту. При аналізі мотивоутворення встановлено, що суїцидальні дії у них здійснювались за типом мимовільної реалізації, коли навіть „псевдореальний” суїцидогенний конфлікт був відсутній, і особистісна структура хворого не впливала на прийняття ним фатального рішення.

Отже, нами виявлено, що основний мотив суїцидальної поведінки – уникання – був провідним в усіх обстежених пацієнтів.

Таким чином, проведене клініко-анамнестичне та клініко-психопатологічне дослідження показало, що між пацієнтами двох груп наявні відмінності, що має відбиватись в диференційованому підході до побудування системи діагностичних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у пацієнтів хворих на параноїдну форму шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ	5
РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ	7

