

УДК 616-036.62:[616.895.87-06:616.89-008.441.13-085.214-036.66]

*А. М. Скрипніков, П. В. Кидонь*

**АНАЛІЗ МОТИВІВ ВІДМОВИ ВІД ПІДТРИМУЮЧОЇ АНТИПСИХОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ  
У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ПОЄДНАНУ З ВЖИВАННЯМ КАННАБІНОЇДІВ,  
У ПЕРІОД ПЕРШОЇ РЕМІСІЇ**

*А. Н. Скрипніков, П. В. Кидонь*

**Анализ мотивов отказа от поддерживающей антипсихотической терапии  
у больных параноидной шизофренией, сочетанной с употреблением каннабиноидов,  
в период первой ремиссии**

*А. М. Skrypnikov, P. V. Kydon*

**The analysis of motives of refusal from maintenance antipsychotic therapy among the patients  
with paranoid schizophrenia, combined with the cannabinoids, using during the first remission**

Метою даної роботи було визначення мотивів відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням каннабіноїдів, в період першої ремісії шизофренічного процесу. Було обстежено 173 хворих на параноїдну шизофренію, поділених в процесі дослідження на дві клінічні групи. Дослідження включало клініко-психопатологічне обстеження, організоване у формі напівструктурованого клінічного інтерв'ю. Виявлено, що у пацієнтів, які страждають на параноїдну форму шизофренії з супутнім вживанням каннабіноїдів, і хворих без наркологічної патології мотиви відмови від підтримуючої антипсихотичної терапії відрізняються, що може бути використано при розробленні профілактичних та реабілітаційних заходів під час першої ремісії у даної групи хворих.

**Ключові слова:** мотиви, антипсихотична терапія, параноїдна шизофренія, каннабіноїди

Целью данной работы было определение мотивов отказа от приема поддерживающей антипсихотической терапии у больных параноидной формой шизофрении, сочетанной с употреблением каннабиноидов, в период первой ремиссии шизофренического процесса. Было обследовано 173 больных параноидной шизофренией, разделенных в процессе исследования на две клинические группы. Исследование включало клинико-психопатологическое обследование, организованное в форме полуструктурированного клинического интервью. Выявлено, что у пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении с сопутствующим употреблением каннабиноидов, и больных без наркологической патологии мотивы отказа от поддерживающей антипсихотической терапии отличаются, что может быть использовано при разработке профилактических и реабилитационных мероприятий во время первой ремиссии у данной группы больных.

**Ключевые слова:** мотивы, антипсихотическая терапия, параноидная шизофрения, каннабиноиды

The aim of this study was to determine the motives of the refusal from maintenance antipsychotic therapy in patients with paranoid schizophrenia, combined with the cannabinoids using during first remission of schizophrenic process. There were examined 173 patients with paranoid schizophrenia, which were divided into two clinical groups. The study included clinical-psychopathological examination, organized in the semi-structured clinical interview form. It was revealed that motives of refusing from maintenance antipsychotic therapy in patients with paranoid form of schizophrenia with concomitant using of cannabinoids and patients without addictive pathology are different, which may be used in the development of preventive and rehabilitation measures during the first remission in such patients.

**Key words:** motives, antipsychotic therapy, paranoid schizophrenia, cannabinoids

Згідно з сучасними науковими дослідженнями, майже 50 % пацієнтів, хворих на шизофренію, мають супутній розлад, спричинений вживанням психоактивних речовин. Найчастіше спостерігаються поєднання шизофренії та алкогольної та/або каннабіноїдної залежності (приблизно в три рази частіше, ніж у загальній популяції) [1]. Як свідчать результати катамністичного дослідження когорти призовників, у осіб, які «інтенсивно вживали каннабіс» до 18 років, шизофренію діагностували в 6,7 рази частіше, ніж у тих, які його не вживали [2]. Підраховано, що близько 8 % випадків шизофренії можна запобігти шляхом виключення вживання каннабісу в популяції. За іншими даними, 53 % пацієнтів з першим епізодом шизофренічного психозу раніше вживали каннабіс [3]. Вищезазначене зумовило актуальність даного дослідження.

© Скрипніков А. М., Кидонь П. В., 2016

Метою роботи було вивчення мотивів відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням каннабіноїдів, в період першої ремісії шизофренічного процесу.

У нашому дослідженні ми визначили ремісію як стан низького чи помірного рівня вираженості симптомів шизофренії, що не впливають на поведінку хворого. При цьому їхня вираженість мала бути нижчою того рівня, який необхідний для встановлення початкового діагнозу шизофренії. Цей період перебігу виникає після закінчення психотичного епізоду і характеризується, в першу чергу, ослабленням, зниженням, редукацією проявів хвороби [4]. Для повного оцінення якості ремісії ми враховували не тільки клінічні прояви, а й аспекти соціального та трудового функціонування хворих. Нами було обстежено 173 хворих на параноїдну

форму шизофренії (F20.0), які перебували на лікуванні у Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О. Ф. Мальцева у період 2010—2015 рр. Усі пацієнти були чоловіками у віці 18—47 років (середній вік — 29,3 ± 6,2 роки). Усі обстежувані були госпіталізовані до психіатричного стаціонару повторно. Таким чином, перша ремісія була обмежена першою та другою госпіталізаціями. Пацієнтів було поділено на дві клінічні групи: основну і контрольну. До основної групи увійшли 83 пацієнти з супутнім основному захворюванню вживанням каннабіноїдів. Контрольну групу склали 90 хворих на параноїдну форму шизофренії без коморбідної наркологічної патології.

Усі пацієнти в досліджуваних групах на момент повторної госпіталізації припинили регулярний прийом рекомендованої антипсихотичної терапії. Термін відмови склав від двох тижнів до трьох місяців. Відмову від лікування прийнято розглядати як найбільш явну або крайню форму некомплаєнса, оскільки вона є усвідомленим і відкритим вираженням незгоди пацієнта з рекомендованим психофармакологічним лікуванням, часто супроводжується відповідною поведінковою реакцією. Важливу роль при цьому відіграють такі психопатологічні та патопсихологічні характеристики, як негативізм, недостатність критики, суперечливі ставлення до хвороби тощо [5].

Дослідження полягало у клініко-психопатологічному обстеженні, організованому у формі напівструктурованого клінічного інтерв'ю, з подальшим математичним обробленням отриманих результатів [6].

Мотиви відмови від прийому антипсихотиків нами було проаналізовано в залежності від тривалості першої ремісії: до 1 року, 1—5 років, більше ніж 5 років.

Під час дослідження пацієнтів основної групи з ремісією до 1 року виявлено, що мотивами відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії у 37 (44,58 %) пацієнтів була 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 такою: у 17 (20,52 %) 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 (10,84 %) — маячні мотиви, у 1 (1,2 %) спостерігалася стійка ремісія з високою соціальною адаптацією, коли пацієнт вважав себе повністю здоровим, внаслідок чого самовільно припинив прийом підтримуючої терапії, у 2 (2,4 %) — погіршення психічного стану, що вимагало зміни терапії. Ремісії тривалістю більше ніж 5 років в цій групі не спостерігалися.

За аналізом мотивів відмови від прийому антипсихотиків пацієнтами контрольної групи з тривалістю ремісії до 1 року виявлено, що у 11 (12,22 %) пацієнтів це 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 %) — наявність стійкої ремісії з високою соціальною адаптацією та самостійною відміною лікування, у 4 (4,47 %) — погіршення психічного стану, що вимагало зміни терапії. У пацієнтів з тривалістю першої ремісії більше ніж 5 років мотиви розподілилися таким чином:

10 (11,11 %) пацієнтів відмовилися від подальшого прийому ліків за маячними мотивами, у 9 (10,0 %) спостерігалася стійка ремісія з високою соціальною адаптацією та самостійним припиненням лікування, у 3 (3,33 %) — погіршення психічного стану, що вимагало зміни терапії, 7 (7,79 %) відмовилися від продовження терапії внаслідок вираженого когнітивного зниження та втрати адекватного ставлення до прийому лікарських засобів.

Сумарно отримані дані відображено в таблиці.

Аналіз отриманих даних показав, що провідним мотивом відмови від прийому підтримуючої антипсихотичної терапії у пацієнтів основної групи була незгода з лікарем щодо визначення свого психічного стану ( $p < 0,001$ ). Також достовірно менша кількість пацієнтів основної групи мала мотив стійкої ремісії з високою соціальною адаптацією, під час якої пацієнти вважали себе повністю здоровими, внаслідок чого самовільно припинили прийом підтримуючої терапії ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів основної групи, на відміну від контрольної, не спостерігалася жодного випадку вираженого когнітивного зниження з відсутністю адекватного ставлення до прийому лікарських засобів.

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

Мотив	Основна група (N = 83)			Контрольна група (N = 90)			
	< 1 року	1—5 років	Разом	< 1 року	1—5 років	> 5 років	Разом
Незгода з лікарем	44,58	20,52	65,1	12,22	5,55	—	17,77
Побічна дія ліків	7,22	2,4	9,62	6,66	4,44	—	11,1
Маячні мотиви	10,84	10,84	21,68	12,22	14,44	11,11	37,77
Стійка ремісія	—	1,2	1,2	—	7,77	10,0	17,77
Рецидив	—	2,4	2,4	—	4,47	3,33	7,8
Виражений дефект	—	—	—	—	—	7,79	7,79

Таким чином виявлено, що у пацієнтів, які страждають на параноїдну форму шизофренії, ускладнену вживанням каннабіноїдів, мотиви відмови від підтримуючої антипсихотичної терапії відрізняються від хворих без наркологічної патології. Виявлені закономірності можуть бути використані під час розроблення профілактичних та реабілітаційних заходів у даній групі хворих.

#### Список літератури

- Афанасьєва А. В. Особенности употребления психоактивных веществ больными шизофренией и его влияние на течение шизофренического процесса (Обзор литературы) / А. В. Афанасьєва // Український вісник психоневрології. — 2011. — № 3. — С. 82—85.
- Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts 1969: historical cohort study / S. Zammit P. Allebeck, S. Andreasson [et al.] // British medical journal. — 2002. — № 35. — P. 1199—1201.
- Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence / [L. Arseneault, M. Cannon, J. Witton, R. M. Murray] // The British Journal of Psychiatry. — 2004. — № 184. — P. 110—117.
- Мосолов С. Н. Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении / С. Н. Мосолов, А. В. Потапов, А. А. Шафаренко // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — № 3. — С. 36—42.
- Мотивы отказов больных шизофренией от длительной антипсихотической терапии / [А. С. Аведисова, Д. В. Ястребов, В. И. Бородин, Г. К. Дашкина] // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2009. — № 2. — С. 6—13.

6. Зюзін В. О. Статистичні методи в охороні здоров'я та медицині / В. О. Зюзін, А. В. Костріков, В. Л. Філатова. — Полтава : [б. в.], 2002. — 150 с.

*Надійшла до редакції 02.03.2016 р.*

---

**СКРИПНІКОВ Андрій Миколайович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава; e-mail: skripnikovan@mail.ru

**КИДОНЬ Павло Володимирович**, здобувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава; e-mail: kidonpasha@mail.ru

**SKRYPNIKOV Andrii**, Doctor of medical Sciences, Professor, Head of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava; e-mail: skripnikovan@mail.ru

**KYDON Pavlo**, Competitor for PhD degree of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava; e-mail: kidonpasha@mail.ru