

# Особливості розладів спектра шизофренії при вживанні канабіноїдів

Юлія Крамар

Територіальне медичне об'єднання „Психіатрія” у місті Києві

В даному клінічному випадку продемонстровано типову клінічну картину розладу спектра шизофренії при вживанні канабіноїдів в анамнезі.

## Актуальність

Розлади спектра шизофренії носять поліетіологічний та мультифакторний характер. Під впливом факторів зовнішнього середовища відбувається видозміна клінічної картини шизофренії [1, 2, 3, 4]. Вченими було помічено, що вживання психоактивних речовин пов'язано з менш сприятливим перебігом шизофренії [5, 6] та більшою тяжкістю нейрокогнітивних порушень [7]. На основі нещодавнього дослідження [8], було встановлено особливості клінічного поліморфізму розладів спектра шизофренії під впливом вживання канабіноїдів. Так, у хворих зі вживанням канабіноїдів частіше спостерігаються шизоафективні розлади з наявністю переважно маніакального варіанту, в клінічній картині переважають маячні ідеї, галюцинації, збудження та тривога, а також відмічається кращий рівень соціального функціонування, у порівнянні із хворими без дії даного фактору.

## Вступ

Пацієнт П., 1990 року народження 25 років, 29 лютого 2016 року поступив до Територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві за направленням Київського міського психоневрологічного диспансеру для уточнення стану психічного здоров'я з попереднім діагнозом F 20.00. Під час огляду лікарем приймального відділення було відмічену яскравий зовнішній вигляд. Доступний вербальному контакту, часом манірний, приймає безглузді пози, ставний. Причиною госпіталізації вказує: «хочу зняти діагноз... у мене немає скарг». При детальному розпитуванні починає афектуватися до злобного афекту. В більшості часу емоційно холодний. Мислення різнопланове з паралогічними висновками.

## Анамнез життя

Народився в місті Києві. Спадковість психічною патологією не ускладнена. Батько мав середню освіту, за спеціальністю токарь, проте працював різноробочим, останнє місце роботи охоронець. За характером батько був м'яким, доброзичливим, проте згодом почав зловживати алкоголем, відмічалися конфлікти з цього приводу, помер близько 6 років тому внаслідок цирозу печінки. Мати має вищу освіту, працює вчителем молодших класів. За характером добра, м'яка. З матір'ю досліднику не вдалося спілкуватися, оскільки П. пояснював, що «вона не може залишити учнів і прийти в лікарню». Вагітність матері в 27 років, без ускладнень. Ранній розвиток без особливостей. В дитинстві був активним, відвідував дитячий садок, в 8 річному віці вмів читати. Відвідував численні гуртки: танці, радіоелектроніка, малювання, акробатика, стрільба, страйкбол, мотокрос, має звання кандидата в майстри спорту по плаванню, займався співом, був вокалістом музичної рок-групи. В школу пішов в 6 років, навчався добре, закінчив 9 класів без трійок, надавав перевагу точним наукам, таким як математика, фізика, в розмові з бажанням розповідає про викладача фізики, «формулює закон

Ома». З однолітками був приятним, конфліктів не відмічалось, завжди з усіма знаходив «спільну мову». Після закінчення школи вступив в будівельний ліцей, під час навчання працював підсобним робітником, влітку працював в таборі для дітей, та в 2014 році закінчив Київський Національний Університет будівництва та архітектури, отримав спеціальність магістра інженер-еколога. Після закінчення ВУЗу працював офіційно за спеціальністю в Міністерстві екології, проте був звільнений наприкінці 2014 року за власним бажанням, сам пацієнт пояснює, що зробив це через свою принциповість. Після чого кілька місяців перебував на обліку в центрі зайнятості. У зв'язку з загостренням ситуації в Україні став брати участь в громадській активності. На момент обстеження був членом багатьох організацій та активно включався в їх діяльність, також перебував в зоні проведення бойових дій, на блокпостах, брав участь в політичній акції щодо автономної республіки Крим. На даний момент повідомляє, що шукає роботу, уже пройшов стажування на посаді охоронця магазину, і планує після випуску приступити до роботи. Не одружений. Дітей немає. Проживає з матір'ю, бабусею, сім'єю дядька, в цілому 5 чоловік в 3-х кімнатній квартирі. Повідомляє, що має багато знайомих, з якими тісно спілкується та близько 5 близьких друзів, відносини з особами протилежної статі звичайні, проте довгих близьких відносин не було, зараз зустрічається з дівчиною протягом 1 місяця. В армії не служив. Вживання психоактивних речовин заперечує, проте зазначає що «курив траву» 5 разів у своєму житті. Розповідає, що вперше спробував в 16 років, «друзі запропонували, мені було цікаво спробувати, одразу ж наче почав змінюватися світ, предмети наче втратили форму, відчував наче ейфорію», пізніше ще кілька разів вживав канабіноїди, коли «було важко на душі, щоб заспокоїтися, стан був подібним, але менше ейфорії, ще з'явилася важкість в кінцівках, після цього було неприємно, тому й більше не вживав». Вживання інших речовин заперечує, алкоголь епізодично. У своєму характері зазначає такі риси як справедливість, доброзичливість, чуйність, працелюбність та любов до правди. Повідомляє, що завжди є активним, відкритим, полюбає подорожі, походи, класичний рок, відвідує різноманітні рок-фестивали, грає на гітарі, співає, часто відвідує філармонію, оперний театр, слухає камерну музику.

## **Анамнез захворювання**

Зі слів вперше стан змінився в 2010 році, коли пацієнт навчався на II курсі університету після смерті батька, пізніше дідуся, розриву з дівчиною став замкнутим, знизився настрій, майже не розмовляв ні з ким, зі слів пацієнта «сидів задумавшись і зненацька підійшла матір взяла мене за плече, я її рефлекторно вдарив, після чого вона викликала швидку допомогу».

Госпіталізація вперше. Лікувався вперше з 23.01.2011 року по 11.02.2011 року в даній лікарні з діагнозом F 23.1 Гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії. Галюцинаторно-параноїдний синдром. В медичні документації зазначено, зі слів матері протягом останнього тижня пацієнт після сварки з дівчиною став дратівливим, замкнутим, довго слухав музику наодинці, періодично звинувачував матір, що вона не розуміє його переживань. 23.01. під час конфлікту з матір'ю вдарив її, вимагав щоб вона пішла з дому, штовхнув бабусю. Після чого мати викликала бригаду швидкої допомоги. Психічний статус при первинному надходженні в лікарню: доступний вербальному контакту. Орієнтований всебічно вірно. Фон настрою рівний. Спокійний, впорядкований. Охоче розповідає про себе. Конфліктну ситуацію з матір'ю пояснює «я часто сварюся з матір'ю, вона мене не завжди хоче розуміти». Визнає, що вдома поведився неправильно, обіцяє, що таке більше не повториться. Маячних ідей, розладів сприйняття немає. Суїцидальних думок не висловлює. Гетероагресивних тенденцій не виявляє. Критичний до перенесеного стану. Згоден на стаціонарне обстеження. Попередній діагноз: розлад адаптації, змішаний розлад емоцій та поведінки. Було призначено соннапакс 10 мг, гідазепам 100 мг. Під час лікування у відділенні через 5 днів почав висловлював маячні ідеї впливу, відношення, чув власні думки. Відповідав після паузи, повідомляв що в голові багато думок, важко концентруватися, запитував що відбувається навколо, відповіді не слухав, спілкувався вибірково, пояснював це природною вибірковістю, повідомляв що ним хтось управляє, був негативістичним, заявляв що вранці не

прокинеться, чому не пояснював. Був призначений галоперидол 0,5 мл двічі на день та через три дні повідомив, що зникло відчуття, що ним хтось управляє, став доброзичливим, проте пасивним, час проводив у ліжку, пояснював так краще думати про своє життя. Відмічалися екстрапірамідні симптоми, був назначений коректор. Через вісім днів ін'єкції були змінені на приймання галоперидолу 3 мг на добу у таблетках.

Після редукції симптоматики пацієнт оглядався психологом: на перший план виступає порушення динаміки діяльності мислення і мотиваційного компонента мислення (непослідовність суджень, резонерство, елементи різноплановості. Критичність до свого стану ослаблена. Через 19 днів пацієнт був виписаний з відділення на вимогу матері під її відповідальність попри поради лікаря з рекомендаціями продовжити лікування та диспансерного нагляду.

Госпіталізація вдруге. Після виписки пацієнт почувався добре, продовжив навчання, лікування не приймав. Стан різко змінився влітку 2012 року: протягом тижня відмовлявся від їжі, не спав, повідомляв що чує «голоси», прислуховувався до них, застигав, йшов з дому, повідомляв що не знає як повернутися. У зв'язку з чим мати звернулася з пацієнтом до ПНД, 18.06.2012 року пацієнта було госпіталізовано до ТМО «ПСИХІАТРІЯ» Відділення 1.

При надходженні орієнтований. Контакт формальний, відповідає односкладно, тихим монотонним голосом, після паузи. Загальний фон настрою знижений. Неохоче повідомив, що ззовні чує чоловічі та жіночі голоси, знайомі та незнайомі, «не зовсім погані», проте змісту їх не розкривав. Відмічає звучання своїх думок. Під час бесіди застигає, до чогось прислуховуючись. Мислення формальне, різнопланове, непослідовне. Під час бесіди замовкає, не закінчивши фразу. В русі загальмований, обличчя гіпомімічне, сальне, інструкції виконує повільно, правильно. Скаржиться на поганий апетит, байдужість у всьому. У відділенні був виставлений діагноз: Гострий шизофреноподібний психотичний розлад без зв'язку зі стресом, галюцинаторно-параноїдний синдром. Відмічалось психомоторне збудження, висловлював маячні ідеї, був емоційно неадекватним, стан змінювався пасивністю, безініціативністю, емоційною неадекватністю. Отримувал еглоніл 2 мл внутрішньом'язово двічі, азалептін 25 мг, галоперидол 5 мг внутрішньовенно протягом 20 днів, сибазон 2 мл 1 раз на добу протягом 10 днів, пізніше призначався трифтазін 15 мг, амітриптілін 75 мг, карбамазепін 400 мг, аміназин 150 мг на добу, клопіксол акуфаз одноразово, модитен депо 1 мл.

Відмічалось покращення, пацієнт оглядався психологом: на перший план виступають порушення мислення за шизофренічним типом, емоційне зниження. У відділенні пацієнт провів 32 дні, повністю редукувалася параноїдна симптоматика, 20.07.2012 року виписаний з покращення.

Госпіталізація втретє. Після виписки стан був задовільним. Повторно стан змінився влітку в 2014 році, був госпіталізований швидкою медичною допомогою з діагнозом психопатоподібний синдром. За рапортом міліції, на вулиці пацієнт грав в уявну гітару, був дезорієтованим в просторі, конфліктував. У відділенні орієнтований вірно. Охоче вступає в бесіду, дещо напружений, тривожний, з підозрою відноситься до дійсності. Свою поведінку пояснює тим, що "конфлікт спровокував охоронець, а не я». Періодично замовкає, говорить "почекайте мені потрібно відновити все в пам'яті". Свою поведінку пояснює тим, "що не хотів щоб знали хто я, навіщо про мене інформація", емоційно маловиразний. Мислення в'язке, обставинне. Критика формальна.

Висновок психолога: на фоні не критичності та неадекватності проявляє ознаки дисоціативного патосимптомокомплесу в сфері мислення (виключення процесів узагальнення та відволікання, актуалізація слабких ознак понять, змістовне зісковзування, емоційна лабільність та резонерство.

Отримувал азалептол 50-100 мг, клопіксол 10 мг, клопіксол-депо, аміназин ін'єкційно 50 мг,

перорально 150 мг, карбамазепін 400 мг, трифтазін ін'єкційно 2 мг, вальпроком 600 мг. Пацієнт провів у відділенні 52 дні. Відмічалися емоційна холодність, висловлював маячні ідеї, періоди рухового збудження. Оглядався комісією лікарів: був встановлений діагноз шизофренія параноїдна. Безперервний перебіг. Галюцинаторно-параноїдний синдром. Виписаний 26.02.2014 року (останнє підтвердження симптомів).

Госпіталізація вчетверте. Після чого пацієнт почувався задовільно. Повторно самостійно звернувся 03.03.2015 року до ТМО «ПСИХІАТРІЯ» з метою зняття діагнозу, перебував у відділенні 10 днів. Скарг не пред'являв, в поведінці був спокійним. При надходженні: орієнтований вірно. Контакт продуктивний. На питання відповідає багатослівно. Охоче повідомляє анамнестичні дані. Мислення різнопланове з резонерськими включеннями. На момент огляду маячних ідей активно не висловлює. Суїцидальні тенденції заперечує. Настрій ближче до рівного. Згоден на стаціонарне обстеження.

У відділенні оглядався психологом: проявляє ознаки дисоціативного патосимптомокомплесу в сфері мислення (виключення процесів узагальнення та відволікання, актуалізація слабких ознак понять, змістові зісковзування. Емоційна лабільність та резонерство.

У відділенні був багатослівним, відмічалось емоційне зниження та епізодично підвищений фон настрою. Призначався аміназин 25 мг.

Було встановлено діагноз: шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу. Параноїдний синдром F 20.00. Виписаний з рекомендацією: спостереження психіатра за місцем проживання.

Поточна (п'ята) госпіталізація. Після виписки звернувся до ПНД з метою уточнення психічного здоров'я, оскільки скарг не пред'являє, себе вважає здоровим, хоча і не заперечує симптоматику в минулому.

## **Поточна госпіталізація**

При поступленні: виглядає відповідно свого віку, в розмові зібраний, відповідає повільно, добирає кожне слово, чітко та послідовно повідомляє дані про себе, пояснює причину свого звернення до лікарні, говорить що відчувається добре і хоче працювати, а діагноз йому заважає. Свідомість ясна, вірно називає дату, знає де знаходиться. Доступний продуктивному контакту, заперечує розлади сприйняття, своєю поведінкою їх не виявляє. Мислення в звичайному темпі, судження послідовні. Увага, пам'ять не порушені. Інтелект відповідає віку та отриманій освіті. Настрій рівний, емоційні прояви невиразні, стриманий, маловиразний. В поведінці впорядкований. Критично відноситься до стану в минулому, визнає що були симптоми, проте все минуло. Агресивних та суїцидальних тенденцій не виявляє.

Попередній діагноз при надходженні: стаціонарне обстеження з метою вирішення соціальних питань (зняття діагнозу).

Загальне та психодіагностичне обстеження: у відділенні пацієнт пройшов комплексне обстеження, було виявлено наступні зміни: терапевт: пролапс мітрального клапана. Міграція водія ритму (епізоди передсердного ритму, ЧСС 47-52 за хв) СН 0.

У відділенні більшість часу проводив слухаючи музику, читав книгу, активно спілкувався з навколишніми. Скарг на стан здоров'я не пред'являв. Відмічалася незначне зниження емоційної виразності.

Патопсихологічний висновок: на перший план виступає порушення динаміки психічних процесів у вигляді прискорення їх темпу; порушення цілеспрямованості мислення,

викривлення процесів узагальнення та відволікання, зісковзування на паралогії, латентні ознаки; емоційна парадоксальність; неадекватно завищена самооцінка.

## Диференційний діагноз

Оскільки метою демонстрації даного клінічного випадку був детальний опис особливостей клінічної картини, диференційний діагноз та його обґрунтування наводиться коротко у вигляді схем, задля уникнення перевантаження інформацією та створення можливостей для дискусії.

Диференційний діагноз слід проводити серед таких розладів як:

- Шизотиповий розлад
- Шизоафективний розлад
- Шизофренія параноїдна
- Шизофренія резидуальна
- Шизоїдний розлад особистості
- Біполярний розлад з психотичними симптомами
- Розлад адаптації
- Психічні та поведінкові зміни внаслідок вживання психоактивних речовин
- Без психічних розладів

Повернувшись до історичного екскурсу, раніше підтверджували діагноз шизофренії наявність симптомів першого рангу за Шнайдером:

- Звучання думок
- Галюцинації від третьої особи
- Галюцинації в формі коментарів
- Соматичні галюцинації
- Відняття і вкладання думок
- Трансляція (відкритість ) думок
- Маячне сприйняття
- Відчуття чи дії сприймаються як викликані чи здійснені зовнішніми силами

Спільні ознаки	Відмінності
Ехо-думки	Наявність стресу с послідуєчим зниженням настрою
Маячні ідеї впливу, псевдогалюцинації	Недовготривалість симптомів першого рангу
Кататонічна поведінка: застигання, негативізм	Відсутність порушення мислення на даний момент
«негативні симптоми»: сплосченість емоційних реакцій	

**Таблиця 1.** Диференційний діагноз щодо шизофренії

Психологічними діагностичними критеріями шизофренії є ознаки структурних порушень мислення, паралогічності, символістики й аморфності розумових процесів, а також сплосчення й неадекватність емоцій. Перебіг кодується при періоді спостереження не менше 1 року:

- F20.x0 Безперервний
- F20.x1 Епізодичний з прогресивним
- F20.x2 Епізодичний зі стабільним дефектом
- F20.x3 епізодичний ремітуючий
- F20.x4 неповна ремісія
- F20.x5 повна ремісія
- F20.x9 недостатній термін спостереження

Період ремісії ділиться на категорії:

- Повна ремісія: повне зникнення продуктивної психотичної симптоматики і збереження незначно вираженої апатико-дисоціативної симптоматики, що суттєво не знижує якість життя
- Неповна ремісія: значне зниження прояву симптоматики зі збереженням помірно виражених негативних розладів і погіршення критеріїв рівня життєдіяльності.

Іншою нозологічною одиницею в диференційній діагностиці виділено недиференційовану та резидуальну шизофренію.

Недиференційована шизофренія F 20.3: відсутність чіткої репрезентованості діагностичних критеріїв для шизофренії які не вкладаються ні в одну з перерахованих форм.

Резидуальна шизофренія F 20.5: хронічна стадія в перебізі шизофренії, при якому спостерігається перехід від ранньої стадії до наступної, що характеризується такими необоротними негативними симптомами, що довгостроково зберігаються критерії:

- хронічний перебіг шизофренічного процесу;
- наявність негативних симптомів (емоційне уплощення, зниження спонукань, недостатність навичок самообслуговування);
- протягом деякого періоду в минулому стан хворого відповідав критеріям шизофренії, проте на даний момент уже не відповідає їм;
- протягом останніх 12 місяців щонайменше 2 «негативних симптоми»;
- включається хронічна недиференційована шизофренія.

Симптоми які підтверджують діагноз резидуальної шизофренії у пацієнта: притуплення афекту, зниження соціальної активності, пасивність та відсутність ініціативи, психомоторна загальмованість.

Диференційна діагностика із шизотиповим розладом представлена в [Таблиці 2](#)

Спільні ознаки	Відмінності
Звужений афект, пацієнт виглядає відчуженим та емоційно холодним	Випадок не відповідає критеріям розладу категорії F 20
Дивна, ексцентрична чи своєрідна поведінка або зовнішній вигляд	
Афорфне, обставинне, метафоричне, недеталізоване мислення, яке проявляється дивною мовою (або іншим способом) але без вираженої розірваності	

**Таблиця 2.** Диференційний діагноз щодо шизотипового розладу F21.0

Диференційна діагностика із шизоафективного розладу представлена в [Таблиці 3](#)

Спільні ознаки	Відмінності
Ехо-думки	Відсутність зміни афективного стану
Маячні ідеї впливу, псевдогалюцинації	
Кататонічна поведінка, застигання, негативізм	

**Таблиця 3.** Диференційний діагноз щодо шизоафективного розладу F25.0

Диференційна діагностика із шизоїдним розладом особистості представлена в [Таблиці 4](#)

Спільні ознаки	Відмінності
Емоційна холодність	Наявність в анамнезі продуктивних розладів
сплощена афективність	відсутність друзів чи близьких відносин, зниження спілкування

**Таблиця 4.** Диференційний діагноз щодо шизоїдного розладу особистості F60.1

Диференційна діагностика із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (канабіноїдів) F 12 представлена в [Таблиці 5](#)

Спільні ознаки	Відмінності
Наявність розладів сприйняття	Достовірні дані вживання ПАР
Розгальмованість, неадекватність поведінки	Симптоми не можна пояснити будь-яким іншим соматичним чи психічним розладом

**Таблиця 5.** Диференційний діагноз щодо психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (канабіноїдів) F 12

Диференційна діагностика із реакцією на важкий стрес і адаптаційними розладами F 43 представлена в [Таблиці 6](#)

Спільні ознаки	Відмінності
Агресія	Чіткий взаємозв'язок зі стресом
Розгальмованість, неадекватність поведінки	Тривалість перевищує півроку

**Таблиця 6.** Диференційний діагноз щодо реакції на важкий стрес і адаптаційні розлади F43

Остаточний діагноз: F 20.04. Параноїдна шизофренія. Неповна ремісія

## Лікування

В момент останньої госпіталізації чи амбулаторно пацієнт лікування не отримував у зв'язку із власними переконаннями щодо відсутності даної необхідності. Показів до проведення заходів щодо надання психічної допомоги в примусовому порядку чи примусової госпіталізації не було.

## Обговорення та висновки

В даному клінічному випадку представлено картину розладів спектра шизофренії зі вживання канабіноїдів, зокрема провідним синдромом в клінічній картині був маніакальний, та на початкових етапах захворювання встановлювався шизоафективний розлад. Симптоми шизофренії були досить стертими в періоди ремісії, проте виражені під час загострення. В період ремісій найвиразнішими були порушення мислення у вигляді стереотипності та резонерства, незвичного вмісту думок. В даному клінічному випадку в цілому продемонстрований високий рівень соціального функціонування. Таким чином, рекомендованими заходами вторинної та первинної профілактики в даному конкретному випадку є попередження та подальше виключення вживання канабіноїдів, своєчасне лікування появи перших психотичних симптомів та відповідне лікування афективних розладів та психотерапевтичні втручання щодо емоційної підтримки в кризових ситуаціях.

«Діагноз шизофренії следует выставлять только в том случае, если не выставить его нельзя ...» - Йосип Адамович Поліщук.

## References

1. Vilain J, Galliot AM, Durand-Roger J, et al. Environmental risk factors for schizophrenia: a review. *Encephale*. 2013; 39(1):19-28. [DOI](#) | [PubMed](#)

2. Brown AS. Exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2011; 2:63-7. [DOI](#) | [PubMed](#)
3. McGrath J, Welham J, Scott J, et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(5):440-7. [DOI](#) | [PubMed](#)
4. Cullen AE, Fisher HL, Roberts RE, Pariante CM, Laurens KR. Daily stressors and negative life events in children at elevated risk of developing schizophrenia. *BrJPsychiatry*. 2014; 204:354-60. [DOI](#) | [PubMed](#)
5. Rabin RA, Zakzanis KK, George TP. The effects of cannabis use on neurocognition in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 2011; 128(1-3):111-6. [DOI](#) | [PubMed](#)
6. Loberg EM, Hugdahl K. Cannabis use and cognition in schizophrenia. *Front Hum Neurosci*. 2009; 3:53. [DOI](#) | [PubMed](#)
7. Rutter M, Pickles A, Murray R, Eaves L. Testing hypotheses on specific environmental causal effects on behavior. *Psychol Bull*. 2001; 127(3):291-324. [PubMed](#)
8. Kramar Y. Influence environmental factors on the clinical pathology course schizophrenia spectrum disorders [PhD dissertation]. Kyiv: Ukrainian scientific and research institute of social and judicial psychiatry and narcology; 2017. [Publisher Full Text](#)