

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.895.87–085:615.214]–06:616.89–008.441.13

П.В. Кидонь

ДЕЯКІ АСПЕКТИ НАРКОТИЗАЦІЇ КАНАБІНОЇДАМИ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
kidonpasha@mail.ru

Питання коморбідної патології, зокрема психічних розладів та наркологічних залежностей, формування наркоманій на фоні психічної патології є одним із найактуальніших та стратегічних досліджень сьогодення. Особливо гостро це питання стоїть стосовно параноїдної форми шизофренії та вживання канабіноїдів. Метою даної роботи було дослідження патернів наркотизації канабіноїдами хворих на параноїдну форму шизофренії. Комплексне дослідження дозволило встановити клінічні особливості вживання канабіноїдів даною групою пацієнтів (систематичність, вік початку, термін та шляхи вживання, вживаний матеріал). Визначено тяжкість патологічного потягу до наркотику в обстежених осіб. При діагностиці тяжкості патологічного потягу були виділені обов'язкові, високоспецифічні ознаки, такі як наявність відповідних думок про наркотик, афективні, поведінкові розлади, порушення сну. До допоміжних, або другорядних клінічних ознак, відносили вегетативні розлади, наявність сновидінь і установки на лікування, а також критичне ставлення пацієнта до хвороби. Виявлено, що між пацієнтами, хворими на параноїдну шизофренію, та психічно здоровими споживачами канабіноїдів є відмінності, що має бути відображено у диференційованому підході до побудови системи лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у даної групи хворих.

Ключові слова:
канабіноїди, шизофренія,
наркотизація.

Актуальність. Сьогодні шизофренія лідирує в топ-листі психічних розладів індустріального суспільства. За різними оцінками, на шизофренію хворіють від 24 до 51 млн людей у всьому світі [6]. У 2001 році Всесвітня організація охорони здоров'я включила шизофренію до списку десяти провідних причин інвалідності [8, 10]. Але, незважаючи на велику кількість наукових досліджень, які проводяться у всіх країнах світу з метою уточнення її нозологічних меж, пошуку причин, особливостей виникнення, розвитку нових методів лікування та соціальної реабілітації хворих, проблема шизофренії залишається далекою від вирішення. Це пояснюється не тільки тим, що розширились її діагностичні межі, різко збільшилась кількість шизофренічних та шизофреноподібних психозів, не тільки тим, що посилились наші можливості у боротьбі з цією тяжкою недугою, а й тим, що шизофренія є психозом, проблеми якого тісно пов'язані з факторами мікросоціального (конкретно-соціологічного) характеру, рівно як і з стрижневими питаннями антропсихології [2, 7].

У ряді досліджень виявлено, що поширеність усіх форм адиктивної поведінки в продромі первинного епізоду шизофренії зростає [1]. Збільшився інтерес вітчизняних та іноземних дослідників до проблеми формування наркоманій на фоні іншої психічної па-

тології. Кількість пацієнтів з так званим подвійним діагнозом, за деякими оцінками, досягає 50% від усіх хворих з різними формами хімічних залежностей [5]. Більшість досліджень з поєднаної психічної патології проводили на матеріалі хворих з опійною наркоманією. Подібні праці на матеріалі хворих з залежністю від канабіноїдів поодинокі. Це не є правомірним, оскільки, за матеріалами Комітету з наркотиків 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 у світі, за останні 15 років їх число зросло на 4%. Ці факти визначають особливу актуальність та високу медико-соціальну значимість проведеного дослідження [9].

Метою даної роботи було дослідження патернів наркотизації канабіноїдами хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріали та методи дослідження

Після отримання письмової усвідомленої інформованої згоди на участь у дослідженні нами було обстежено 67 чоловіків, які зверталися за допомогою на кафедру психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА» чи були залучені завдяки аут-річ роботі (надання інформації, консультацій і профілак-

тичних заходів закритим соціальним групам у місцях, звичних для них, тобто там, де вони збираються, живуть і проводять час). Такий гендерний розподіл ми пояснюємо тим, що жінки вкрай неохоче дають наркологічний анамнез, тим паче причини звернення до спеціаліста зазвичай не пов'язані з наркотизацією пацієнтки, а абстинентний синдром перебігає у стертій формі. Вік обстежених склав від 18 до 38 років. Відповідно до мети дослідження були сформовані дві клінічні групи. До першої, основної групи увійшло 36 осіб, у яких була діагностована шизофренія, параноїдна форма (F20.0), та які вживали канабіс не менше 6 місяців. Другу, контрольну групу склала 31 особа, яка на момент дослідження вживала (чи зловживала) канабіноїдами (також не менше 6 місяців), без жодного діагностованого психічного розладу.

Аналіз досліджуваних груп проводили з використанням спеціальної розробленої анкети, у яку вносили клініко-анамнестичні характеристики вживання канабіноїдів: систематичність, вік початку, термін та шляхи вживання, вживаний матеріал. Для визначення тяжкості залежності використовували шкалу патологічного потягу до наркотику – за М.М. Іванцем, М.О. Вінніковою (2001) [4]. Отримані результати були опрацьовані за допомогою методів медичної статистики (визначення середнього арифметичного, середнього квадратичного відхилення, критерію Фішера) [3].

Результати та їх обговорення

Досліджуючи частоту вживання канабіноїдів використовували класифікацію ВООЗ, яка виділяє наступні види:

- експериментальне;
- вживання нерегулярне чи з метою розваги;
- вживання особами, які страждають на залежність;
- епізодичне – протягом кількох годин чи днів, або одного–двох тижнів;
- регулярне – іноді до кількох разів на день.

Експериментальне вживання психоактивних речовин може обмежитися тільки дегустацією, тобто одним прийомом речовини для пізнання її властивостей і дії. Частина дегустаторів повторно вживають ту чи іншу речовину із метою пізнати її властивості чи в пошуках засобів із найсприятливішою дією на них, тобто переходять у категорію експериментуючих. Стосовно речовин, вживання яких є частиною традиції світового співтовариства, формуються варіанти нерегулярного їхнього вживання для розваги. Між нерегулярним вживанням психоактивних речовин і залежністю, що сформувалася, існує проміжний варіант у вигляді зловживання, тобто надмірного споживання з різного роду наслідками.

Особи, які вживали канабіс експериментально чи з метою розваги, не були залучені до дослідження. Такий вид вживання, як вживання особами, які страждають на залежність, не має кількісного критерію. Таким чином, частота вживання канабіноїдів нами була поділена на дві групи: епізодична та регулярна. Опираючись на клінічний досвід, під епізодичним вживанням ми позначали вживання з частотою менше 3-х разів на тиждень, під регулярним – 3 і більше разів на тиждень.

Виявлено, що 13 (36,11%) пацієнтів основної групи вживали канабіноїди епізодично, і у 23 (63,89%) вживання мало регулярний характер.

У контрольній групі цей розподіл виглядав наступним чином: епізодично вживала 21 (67,74%) особа, регулярно – 10 (32,26%).

Таким чином, достовірно виявлено ($p < 0,05$), що вживання серед пацієнтів основної групи у більшості випадків має регулярний характер, на відміну від учасників дослідження з контрольної групи.

При дослідженні шляхів вживання канабіноїдів хворими на шизофренію та різновидів вживаного матеріалу виявлено, що серед пацієнтів основної групи усі 36 (100,00%) вживали безпосередньо коноплю.

20 (64,51%) учасників дослідження з контрольної групи вживали наркотик рослинного походження. 8 (25,81%) осіб вживали суміш для паління «Spice», багату на синтетичні канабіноїди CP-47497 (некласичний канабіноїд, циклогексилфенол) та JWH-018 (аміноалкіліндол). Поєднували вживання наркотичної речовини рослинного та синтетичного походження 3 (9,68%) обстежених. Таким чином виявлено, що пацієнти, хворі на параноїдну форму шизофренії, статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше вживають наркотичну речовину природного походження, порівняно з учасниками дослідження з контрольної групи.

Усі 36 (100,00%) пацієнтів основної групи вживали канабіноїди шляхом паління. Жоден з них не надавав перевагу будь-якому з засобів для паління («папіроса», «піпетка», сухий чи водний «бульбюлятори» тощо), вибір того чи іншого засобу залежав від зовнішніх умов (можливість залишитися наодинці, наявність супутніх матеріалів – пластикових пляшок, фольги, шпильок тощо). Один (2,78%) пацієнт з основної групи паління поєднував з вживанням відвару коноплі на молоці. Цей спосіб обумовлює зростання у крові під час наркотичного сп'яніння рівня більш активного метаболіту ТГК – 11-ОН-ТГК, який утворюється в печінці після всмоктування з шлунково-кишкового тракту.

Серед пацієнтів контрольної групи, аналогічно з основною, усі (100,00%) обстежені вживали канабіноїди шляхом паління. Вони також не надавали переваги жодному з засобів для паління, а зазначали, що їхній вибір залежав від зовнішніх факторів. Але, на відміну від основної групи, осіб, які комбінували паління з пероральним прийомом наркотику, було більше – 10 (32,26%). Отже, визначено, що особи, хворі на параноїдну шизофренію, статистично достовірно рідше ($p < 0,01$) поєднують паління з вживанням канабісу у вигляді відвару на молоці.

Дослідження віку початку та терміну вживання канабіноїдів хворими на параноїдну шизофренію є важливим аспектом наркотизації, оскільки можливі механізми патологічного впливу канабісу на нейрональному рівні у сенситивні періоди розвитку мозку давно є предметом обговорення в науковій літературі. На думку нейробіологів, період з 16 до 18 років (вік первинного пошукового наркотизму) заслуговує особливої уваги, оскільки в цей час закінчується реорганізація нейрональних структур переважно у зоні префронтального кортексу. Цей процес отримав назву синаптичної елімінації – «pruning». Саме в зоні префронтального кортексу відбувається остаточне

формування ендогенної трансміттерної канабіноїдної системи, яка виконує впродовж життя захисну антипсихотичну функцію мозку.

Аналізуючи вік початку вживання канабінолвмісних сполук ми обрали наступні вікові проміжки: 11–13, 14–16, 17–19, 20–22, 23–25, 26–28 років. Визначено, що в основній групі з 11–13 років почали вживати канабіноїди 3 (8,33%) пацієнти, з 14–16 – 15 (41,66%), з 17–19 – 10 (27,78%), з 20–22 – 5 (13,89%), з 23–25 – 2 (5,56%), з 26–28 – 1 (2,78%). Середній вік початку вживання – $(17,07 \pm 3,36)$ років ($M \pm \sigma$).

У контрольній групі з 11–13 років канабіноїди почали вживати 2 (6,46%) пацієнти, з 14–16 – 12 (38,71%), з 17–19 – 8 (25,81%), з 20–22 – 7 (22,58%), з 23–25 – 1 (3,22%), з 26–28 – 1 (3,22%). Середній вік початку вживання – $(17,48 \pm 3,68)$ років ($M \pm \sigma$). Таким чином виявлено, що психічно здорові особи не виявляють статистично достовірної різниці у віці початку вживання канабіноїдів.

Нами було визначено, що середній термін вживання канабіноїдів серед пацієнтів основної групи становив $(10,82 \pm 4,94)$ років ($M \pm \sigma$), зокрема від 1 до 3 років він був у 1 (2,78%) пацієнта, від 3 до 5 років – у 4 (11,11%), від 5 до 10 років – у 9 (25,00%), більше 10 років – у 22 (61,11%) хворих.

Середній термін вживання канабіноїдів в контрольній групі становив $(5,19 \pm 4,13)$ років ($M \pm \sigma$): до 1 року – у 8 (25,80%) осіб, від 1 до 3 років – у 10 (32,27%), від 3 до 5 років – у 4 (12,90%), від 5 до 10 років – у 5 (16,13%) обстежених, більше 10 років – у 4 (12,90%). Отримані дані не були статистично опрацьовані, оскільки, на нашу думку, це не є правомірним. Вік учасників з контрольної групи є меншим через специфічний механізм залучення до дослідження осіб, які вживають канабіс (аут-річ робота). Тому отриманий результат був відображений з оглядовою метою.

Патологічний потяг до наркотику визначається як надцінна структура домінантного типу за відсутності чужості даного феномена особистості хворого, критики й боротьби мотивів. Слід зазначити, що внутрішньосиндромальна динаміка патологічного потягу до наркотику не пов'язана із зовнішніми факторами, а обумовлена саме стереотипом розвитку хвороби. При діагностиці тяжкості патологічного потягу можна виділити обов'язкові, високоспецифічні ознаки, такі як наявність відповідних думок про наркотик, афективні, поведінкові розлади, порушення сну. До допоміжних, або другорядних клінічних ознак можна віднести вегетативні розлади, наявність сновидінь і установки на лікування, а також критичне ставлення пацієнта до хвороби.

Визначення тяжкості патологічного потягу до наркотику проводили серед пацієнтів основної та контрольної груп за шкалою патологічного потягу до наркотику (за М.М. Іванцем, М.О. Вінніковою, 2001).

Статистична обробка отриманих результатів за розділом поведінкові / психопатоподібні розлади проведена не була. На нашу думку, це не є правомірним, оскільки наявний шизофренічний процес у пацієнтів основної групи маскує поведінкові розлади, обумовлені патологічним потягом до наркотику, та збільшує як бал за даним розділом, так і загальну сумарну оцінку. Тому отримані бали за поведінкові / психопатоподібні розлади не врахо-

ували під час підсумкового підрахунку, вони зазначені з оглядовою метою. З огляду на результати клінічного обстеження пацієнтів основної групи ми вважаємо, що на інші показники даної шкали наявна у хворих шизофренія має менший вплив (хоча звичайно він наявний), що дає нам підставу використовувати оцінку для дослідження патологічного потягу до наркотику. Пацієнтам основної групи було роз'яснено, що при вивченні установки на лікування та критики до хвороби досліджується не шизофренія, а супутній наркологічний розлад.

Виявлено, що серед пацієнтів, хворих на шизофренію, які на момент дослідження вживали канабіноїди, середній загальний бал (M) становить 12,18 б. Середні бали (M) за конкретними пунктами даної шкали: думки про наркотик – 1,84 б., знижений настрій – 0,68 б., тривога – 1,12 б., дисфорія – 1,92 б., емоційна лабільність – 1,76 б., порушення сну – 0,67 б., поведінкові / психопатоподібні розлади – 1,93 б., сновидіння на наркотичну тематику – 0,72 б., установка на лікування – 1,34 б., критика до хвороби – 2,13 б.

Проводячи обстеження за даною шкалою серед контрольної групи встановлено, що середній (M) загальний бал становить 10,17 б. Середні (M) бали за конкретними пунктами даної шкали: думки про наркотик – 1,28 б., знижений настрій – 0,55 б., тривога – 0,69 б., дисфорія – 0,79 б., емоційна лабільність – 0,69 б., порушення сну – 0,69 б., поведінкові / психопатоподібні розлади – 0,32 б., сновидіння на наркотичну тематику – 0,79 б., установка на лікування – 2,42 б., критика до хвороби – 2,27 б.

У пацієнтів основної групи симптоматика спостерігалася в наступному співвідношенні: думки про наркотик були наявні у 28 (77,78%) хворих, знижений настрій – у 13 (36,11%), тривога – у 23 (63,89%), дисфорія – у 31 (86,11%), емоційна лабільність – у 30 (83,33%), порушення сну – у 13 (36,11%), поведінкові / психопатоподібні розлади – у всіх 36 (100,00%) пацієнтів, сновидіння на наркотичну тематику – у 12 (33,33%).

Відповідна симптоматика у обстежених з контрольної групи була наступною: думки про наркотик відзначали у себе 17 (54,84%) осіб, знижений настрій – 9 (29,03%), тривогу – 12 (38,71%), дисфорію – 12 (38,71%), емоційну лабільність – 11 (35,48%), порушення сну – 11 (35,48%), поведінкові / психопатоподібні розлади – 7 (22,58%), сновидіння на наркотичну тематику – 11 (35,48%).

Провівши статистичну обробку отриманих даних ми виявили достовірне переважання наступних показників у пацієнтів основної групи, порівняно з контрольною: думки про наркотик ($p < 0,05$), тривога ($p < 0,01$), дисфорія ($p < 0,01$), емоційна лабільність ($p < 0,01$); статистично достовірно менша оцінка була за показником установки на лікування ($p < 0,01$). Також виявлено статистично достовірне ($p < 0,05$) переважання сумарної оцінки у пацієнтів основної групи. Отримані результати свідчать про більшу тяжкість патологічного потягу до канабіноїдів у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням цієї наркотичної речовини. Менший бал у розділі установки на лікування, на нашу думку, пов'язаний з тим, що певний відсоток хворих з основної групи асоціюють вживання канабісу та розвиток у них шизофренічного процесу. Тому цілком природно, що комплаєнс щодо

терапевтичних заходів, спрямованих на позбавлення залежності, у них буде більший, ніж у анозогностично налаштованих осіб з контрольної групи.

Провівши статистичну обробку показників поширеності симптоматики ми виявили, що дисфорія та емоційна лабільність статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше спостерігається у пацієнтів основної групи, ніж в учасників дослідження з контрольної групи.

Висновки

Обстеження пацієнтів виявило, що залежність від канабіноїдів у хворих на параноїдну шизофренію характеризується закономірною та прогресивною ендогенізацією її структури з поступовим її залученням в патокінез шизофренічного процесу. Між пацієнтами двох груп є відмінності, що має бути відображено в диференційованому підході до побудови системи лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднану з вживанням канабіноїдів.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОТИЗАЦИИ КАННАБИНОИДАМИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

П.В. Кидонь

Вопрос коморбидной патологии, в частности психических расстройств и наркологических зависимостей, формирования наркоманий на фоне психической патологии является одним из актуальных и стратегических исследований современности. Особенно остро этот вопрос стоит в отношении параноидной формы шизофрении и употребления каннабиноидов. Целью данной работы было исследование паттернов наркотизации каннабиноидами больных параноидной формой шизофрении. Комплексное исследование позволило установить клинические особенности употребления каннабиноидов данной группой пациентов (систематичность, возраст начала, срок и способы употребления, употребляемый материал). Определена тяжесть патологического влечения к наркотику у обследованных лиц. При диагностике тяжести патологического влечения были выделены обязательные, высокоспецифичные признаки, такие как наличие соответствующих мыслей о наркотике, аффективные, поведенческие расстройства, нарушения сна. К вспомогательным, или второстепенным клиническим признакам относились вегетативные расстройства, наличие сновидений и установки на лечение, а также критическое отношение пациента к болезни. Выявлено, что между пациентами, больными параноидной шизофренией, и психически здоровыми потребителями каннабиноидов имеются различия, что должно быть отражено в дифференцированном подходе к построению системы лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий у данной группы больных.

Ключевые слова: каннабиноиды, шизофрения, наркотизация.

SOME ASPECTS OF CANNABINOID USE OF PATIENTS WITH PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA

P. Kydon

Question of combined pathology in particular, mental illness and drug dependency, formation of drug addiction on the background of mental pathology, is one of the important and strategic studies of modernity. This is particularly an issue in relation to the paranoid form of schizophrenia and the use of cannabinoids. The aim of this work was the study of patterns of cannabinoid use of patients with paranoid form of schizophrenia. A comprehensive study has allowed to establish the clinical features of the use of cannabinoids in this group of patients (systematic, age of onset, duration and methods of use, the used material). The severity of the pathological craving for the drug in the surveyed persons was determined. When diagnosing the severity of pathological craving were identified mandatory, highly specific signs such as the presence of relevant thoughts about the drug, affective, behavioral disorders, sleep disorders. The auxiliary or secondary clinical signs were autonomic dysfunction, the presence of dreams and installations for the treatment, as well as the critical attitude of the patient towards the disease. It is revealed that among patients with paranoid schizophrenia patients and mentally healthy consumers of cannabinoids differences are present, that should be reflected in the differentiated approach to the construction of a system of treatment and rehabilitation and preventive measures in this group of patients.

Key words: cannabinoids, schizophrenia, drug use.

Список використаної літератури

1. Динамика распространенности аддиктивного поведения как стратегии совладания с дистрессом, обусловленным негативной симптоматикой, в продроме первичного эпизода шизофрении / Р. Н. Романенко [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2008. – № 11. – С. 162–166.
2. Зурабашвили А. Теоретические и клинические искания в психиатрии / А. Зурабашвили. – Тбилиси : Мецниереба, 1976. – С. 183–187.
3. 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.
4. Иванец Н. Н. Диагностические критерии тяжести патологического влечения к наркотику / Н. И. Иванец, М. А. Винникова // Журнал неврологии и психиатрии – 2001. – № 8. – С. 4–7.
5. Клинический патоморфоз зависимости от каннабиноидов у больных шизофренией (по данным отдаленного катанеза) / Т. В. Клименко [и др.] // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 41–45.
6. Сеньков О. Темная материя мозга: шизофрения // В мире науки. – 2010. – № 5. – С. 29–38.
7. Снежневский А. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / А. Снежневский. – М. : Медицина, 1972. – С. 3, С. 9, С. 32.
8. Ягода С. А. Биомаркеры шизофрении и пути объективизации психофармакотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 2. – С. 2–7.
9. Grella C. E. Contrasting the views of substance misuse and mental health treatment providers on treating the dually diagnosed // Substance use and misuse. – 2003. – № 10. – P. 1433–1446.
10. Schizophrenia «Just the Facts»: what we know in 2008 part 1: overview / R. Tandon [et al.] // Schizophrenia research. – 2008. – № 1–3. – P. 4–19.