

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

ДЕЯКІ АСПЕКТИ НАРКОТИЗАЦІЇ КАНАБІНОЇДАМИ ХВОРИХ НА
ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

Кидонь Павло Володимирович

**Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична
стоматологічна академія», м. Полтава**

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Кидонь Павло Володимирович, м. Полтава, вул. Медична, 1, 36013,
кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, 067 256 50 38
(телефон), 0532 52 77 38 (факс), kidonpasha@mail.ru,

Ключові слова: канабіноїди, шизофренія, наркотизація.

Актуальність. Сьогодні шизофренія лідирує в топ-листі психічних розладів індустріального суспільства. За різними оцінками, на шизофренію страждають від 24 до 51 млн. людей у всьому світі [1]. У 2001 році Всесвітня організація охорони здоров'я внесла шизофренію до списку десяти провідних причин інвалідності [2, 3]. Але незважаючи на велику кількість наукових досліджень, які проводяться у всіх країнах світу з метою уточнення її нозологічних меж, пошуків 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, але тим, що шизофренія є психозом, проблеми якого мають тісний зв'язок з факторами мікросоціального (конкретносоціологічного характеру), рівно як і з стрижневими питаннями антропології [4, 5].

У той же час у ряді досліджень виявлено, що поширеність усіх форм адиктивної поведінки в продромі первинного епізоду шизофренії зростає [6]. Збільшився інтерес як вітчизняних, так й іноземних дослідників до проблеми формування наркоманій на фоні іншої психічної патології. Кількість пацієнтів з так званим подвійним діагнозом за деякими оцінками, досягає 50% від усіх хворих з різними формами хімічних залежностей [7]. Більшість досліджень по поєднаній психічній патології проводилось на матеріалі хворих опійної наркоманії. Подібні праці на матеріалі хворих з залежністю від канабіноїдів поодинокі. Хоча це не є правомірним, оскільки 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%. Дані факти визначають особливу актуальність та високу медико-соціальну значимість проведеного дослідження [8].

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 профілактичних заходів закритим соціальним групам в 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. У відповідності до мети дослідження були сформовані дві клінічні групи. До першої основної групи увійшло 36 осіб, яким була діагностовано шизофренія, параноїдна форма (F20.0) та які

вживали канабіс не менше 6 місяців. Другу контрольну групу склали 31 особа, які на момент дослідження вживали (чи зловживали) канабіноїдами (також не менше 6 місяців), та у яких не було діагностовано жодного психічного розладу.

Аналіз досліджуваних груп проводився з використанням спеціальної розробленої анкети, у яку вносилися клініко-анамнестичні характеристики вживання канабіноїдів: систематичність, вік початку, термін та шляхи вживання, вживаний матеріал. Для визначення тяжкості залежності використовувалася шкала патологічного потягу до наркотику – за М. М. Іванцем, М. О. Вінніковою (2001) [9]. Отримані результати були опрацьовані за допомогою методів медичної статистики (визначення середнього арифметичного, середнього квадратичного відхилення, критерію Фішера) [10].

Результати та їх обговорення.

Досліджуючи частоту вживання канабісу нами були використана класифікація 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 його властивостей і дії. Частина дегустаторів повторно вживають ту чи іншу речовину із метою пізнати їх властивість чи в пошуках засобів із найбільш сприятливою 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 розподілена на дві групи: епізодична та регулярна. Основуючись на клінічному досвіді під епізодичним вживанням ми позначали вживання частотою менше 3-х разів на тиждень, під регулярним – 3 і більше разів на тиждень.

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

Серед контрольної групи даний 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 носить у більшості випадків регулярний характер на відміну від учасників дослідження з контрольної групи.

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

20 (64,51%) учасників дослідження з контрольної групи вживало 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). 3 (9,68%) поєднували вживання наркотичної речовини рослинного та синтетичного походження. Таким чином виявлено, що пацієнти хворі на параноїдну форму шизофренії статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше вживають наркотичну речовину природного походження, порівнюючи з учасниками дослідження з контрольної групи.

Усі 36 (100,00%) пацієнти основної групи вживало канабіноїди шляхом паління. Всі 36 (100,00%) пацієнтів не надавали перевагу жодному з використовуваних ними засобів для паління («папіроса», «піпетка», сухий чи водний «бульбулятори» тощо), а зазначали, що вибір того чи іншого засобу залежало від зовнішніх умов (можливість залишитися наодинці, наявність супутніх матеріалів – пластикових пляшок, фольги, шпильок, тощо). Один (2,78%) пацієнтів основної групи паління поєднував з вживанням відвару коноплі на молоці. Даний спосіб обумовлює зростання рівня у крові під час наркотичного сп'яніння більш активного метаболіта ТГК – 11-ОН-ТГК, який утворюється в печінці після всмоктування з шлунково-кишкового тракту.

Серед пацієнтів контрольної групи аналогічно до основної групи усі (100,00%) учасники вживали канабіноїди шляхом паління. Також вони не надавали перевагу жодному з засобів для паління, а відмічали, 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, так як в цей час закінчується реорганізація нейрональних структур переважно у зоні префронтального кортекса. Цей процес отримав назву синаптичної елімінації – «pruning». Саме в зоні префронтального кортексу відбувається остаточне формування ендогенної трансмітерної канабіноїдної системи, яка виконує впродовж життя захисну антипсихотичну функцію мозку.

Аналізуючи вік початку вживання канабінолвмісних сполук нами були обрані наступні вікові проміжки: 11-13, 14-16, 17-19, 20-22, 23-25, 26-28 років. Таким чином, визначено, що з групи з 11-13 років почали вживати канабіноїди 3 (8,33%) пацієнта, 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 ($M \pm \sigma$).

В контрольній групі з 11-13 років канабіноїди почали вживати 2 (6,46%), 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 були визначено, що середній термін вживання канабіноїдів серед пацієнтів основної групи становив $10,82 \pm 4,94$ років ($M \pm \sigma$). Від 1 року до 3 років – у 1 (2,78%) пацієнтів, від 3 до 5 років – у 4 (11,11%), від 5 до 10 років – у 9 (25,00%), більше 10 років термін вживання був 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 року 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 по причині специфічного механізму 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 проводилося 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 враховувалися під час підсумкового підрахунку та зазначалися з оглядовою метою. Основуючись 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 (М) становить 12,18 б. Середні бали (М) 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 (М) загальний бал становить 10,17 б. Середні (М) 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%).

Наявність відповідної симптоматики у обстежених з контрольної групи була наявна в наступному співвідношенні: 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 виявлено достовірне переважання в наступних показниках у пацієнтів основної групи у порівнянні з контрольною групою: думки про наркотик ($p < 0,05$), тривога ($p < 0,01$), дисфорія ($p < 0,01$), емоційна лабільність ($p < 0,01$); статистична достовірна менша оцінка була за показником установка 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 установка на лікування, на нашу думку, пов'язаний з тим, що певний відсоток хворих з основної групи асоціюють вживання канабісу та розвитку 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 виявлено, що дисфорія та емоційна лабільність статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше спостерігається у пацієнтів основної групи, ніж у 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 шизофренію, поєднану з вживанням канабіноїдів.

Список використаної літератури:

1. Сеньков О. Темная материя мозга: шизофрения // В мире науки. – 2010. – № 5. – С. 29-38.
2. Ягода С. А. Биомаркеры шизофрении и пути объективизации психофармакотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 2. – С. 2-7.
3. Schizophrenia “Just the Facts”: what we know in 2008 part 1: overview / R. Tandon [et al.] // Schizophrenia research. – 2008. – № 1–3. – P. 4–19.
4. Зурабашвили А. Теоретические и клинические искания в психиатрии / А. Зурабашвили. – Тбилиси : «Мецниереба», 1976 г. – С. 183, С. 187.
5. Снежневский А. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / А. Снежневский. – М. : Медицина, 1972 г. – С. 3, С. 9, С. 32.
6. Динамика распространенности аддиктивного поведения как стратегии совладания с дистрессом, обусловленным негативной симптоматикой, в продроме первичного эпизода шизофрении / Романенко Р. Н. [и др.] //

Прикладные информационные аспекты медицины. – 2008. – № 11. – С. 162-166.

7. Клинический патоморфоз зависимости от каннабиноидов у больных шизофренией (по данным отдаленного катамнеза) / Т. В. Клименко [и др.] // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 41-45.

8. 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.

9. 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.

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

ДЕЯКІ АСПЕКТИ НАРКОТИЗАЦІЇ КАНАБІНОЇДАМИ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

Ключові слова: канабіноїди, шизофренія, наркотизація.

Питання коморбідної патології зокрема, психічних розладів та наркологічних залежностей, формування наркоманій на фоні психічної патології є одним із актуальніших та стратегічних досліджень сьогодення. Особливо гостро це питання стоїть у відношенні параноїдної форми шизофренії та вживання канабіноїдів. Метою даної роботи було дослідження патернів наркотизації канабіноїдами хворих на параноїдну форму шизофренію. 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 у 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 відносилися 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 наявні відмінності, що має бути відображено в диференційованому підході до побудови системи лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у даної групи хворих.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОТИЗАЦИИ КАННАБИНОИДАМИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Кидонь Павел Владимирович

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. Выведено, 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

Pavlo V. 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.

Keywords: cannabinoids, schizophrenia, drug use.