

Патоморфоз зависимости от каннабиноидов у лиц с расстройством личности

ДМИТРИЕВА Т.Б.

д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», Москва

КЛИМЕНКО Т.В.

д.м.н., профессор, руководитель Отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», Москва

ДУДИН И.И.

к.м.н., доцент, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии Амурской государственной медицинской академии, Благовещенск

Клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами проведено сравнительное изучение клиники зависимости от каннабиноидов у лиц с расстройством зрелой личности и у лиц без какой-либо иной психической патологии. Показано, что у лиц с расстройством зрелой личности зависимость к каннабиноидам развивается высокопрогредиентно и характеризуется быстрыми темпами формирования наркоманического дефектного состояния вплоть до деменции.

Введение

Широко распространено мнение, что наркомания чаще формируется у лиц с аномалиями характера и психическими заболеваниями [1, 4, 6, 7, 12, 13, 15—17]. По мнению А.Е. Личко [11], у подростков с психопатическими чертами характера риск развития наркоманий и токсикоманий достаточно высок. При этом большее значение имеет не выраженность аномалии характера (психопатия или акцентуация), а ее тип [3, 5, 8]. П.Б.Ганнушкин [2] отмечал высокую предрасположенность к наркоманиям лиц эпилептоидного, неустойчивого и циклотимического склада.

Последние годы из всех форм химических зависимостей все большее распространение приобретает зависимость от каннабиноидов, которая отличается значительным клиническим патоморфозом [9, 10]. Это связано не только с наличием коморбидной психической патологии в форме расстройства зрелой личности, но и с тем, что вместо чистого, химически необработанного каннабиса с начала 80-х годов XX века все чаще начинает использоваться химически обработанный наркотик (ХОК), представляющий собой выделенные органическими растворителями смывы алкалоидов конопли, перенесенные на табак. Поскольку ХОК обладает более выраженным наркотическим и токсическим эффектом, формирующаяся зависимость от каннабиноидов отличается высокопрогредиентным течением, все чаще сопровождается развитием тяжелых соматоневрологических осложнений и выраженных изменений личности вплоть до формирования тяжелого психоорганического синдрома. При этом в отечественной литературе данному вопросу посвящены лишь единичные сообщения [6].

Целью данной работы стало изучение патофизиологического влияния расстройства зрелой личности на формирование зависимости к каннабиноидам по данным отдаленного катамнеза.

Объект и методы исследования

Обследовано 95 больных с расстройством зрелой личности (эмоционально-неустойчивое, импульсивный тип F60.30 — 50,5%; другие специфические F60.8 — 28,4%; истерическое F60.4 — 21,1%), осложненным зависимостью от каннабиноидов (основная группа исследования). В качестве группы сопоставления обследовано 95 больных с зависимостью от каннабиноидов без иной психической патологии.

По стадиям зависимости больные распределились следующим образом: I стадия — 8,4% и 6,3%, II стадия — 86,3% и 90,5%, III стадия — 5,2% и 3,1% (по группам соответственно). Средний возраст больных на период обследования $24,3 \pm 0,7$ года и $25,3 \pm 0,7$ года. Длительность злоупотребления каннабисом в среднем $9,5 \pm 0,8$ года и $9,9 \pm 0,7$ года. Все больные после их первичного обращения в наркологический диспансер или после их первичной госпитализации в психиатрический стационар были прослежены катамнестически. Средняя длительность катамнеза — $9,1 \pm 1,2$ и $5,1 \pm 0,3$ года.

В зависимости от длительности злоупотребления каннабиноидами больные были распределены на подгруппы: "А" — длительность злоупотребления до 5 лет (9,5%; 7,6%); "В" — длительность злоупотребления 6—10 лет (88,1%; 82,2%); "С" — длительность злоупотребления 11—20 лет (2,4%; 10,2%).

Применялись следующие методы исследования: клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, клинико-эпидемиологический, клинико-катамнестический и клинико-статистический (Statistica, версия 6,0).

Результаты исследования и их обсуждение

Начало употребления каннабиса пришлось в среднем на возраст $14,8 \pm 0,3$ года и $14,4 \pm 0,3$ года (по группам исследования соответственно). У больных основной группы первые пробы каннабиса были связаны преимущественно с гедонистической мотивацией (44,2%), что было связано с наличием у лиц с расстройством личности выраженных эмоционально-волевых расстройств, приводящих к деформации сдерживающих волевых паттернов, и стремлением к наслаждению. В группе сравнения первые пробы каннабиса определялись коммуникативной мотивацией (56,8%; $p < 0,001$), что связано с наличием у них реакции группирования со сверстниками. У больных основной группы по мере увеличения стажа наркотизации гедонистическая мотивация, преобладающая в подгруппе "А" (96,5%), менялась на аддиктивную, которая была основной в подгруппе "В" (75,8%), а затем — на атарактическую, которая была преобладающей в подгруппе "С" (69,8%). У лиц группы сопоставления коммуникативная мотивация (в подгруппе "А" — 89,7%) менялась на аддиктивную (в подгруппе "В" — 75,4%; в подгруппе "С" — 81,3%).

Реакцией на первый прием каннабиса в половине случаев была эйфория (53,0% и 48,1% по группам соответственно), при этом у 42,4% пациентов она была умеренная, а у 10,6% — выраженная.

Продолжительность этапа поискового полинаркотизма ($8,3 \pm 0,8$ мес. и $10,6 \pm 1,2$ мес.) и периода эпизодического злоупотребления каннабиноидами ($9,1 \pm 1,5$ мес. и $11,9 \pm 1,9$ мес.; $p < 0,05$) у больных основной группы была достоверно короче. Систематический прием каннабиса совпадал с формированием I стадии зависимости. Об этом свидетельствовало появление обсессивного патологического влечения к приему наркотика, которое характеризовалось целостностью и типичной для обсессивного влечения психопатологической структурой. Каких-либо принципиальных отличий в динамике и клиническом выражении обсессивного влечения к каннабису у лиц с расстройством зрелой личности по сравнению с больными группы сопоставления не отмечалось.

Толерантность к каннабису у лиц основной группы нарастала более стремительно. Максимальная толерантность на I стадии зависимости увеличивалась соответственно по группам в 12 и 10 раз и достигала пяти и трех папирос в сутки. Рост толерантности про-

исходил не только за счет увеличения числа выкуренных папирос, но и вследствие модификации способов курения, позволяющих увеличить интенсивность вдыхания каннабиса и максимально ускорить наступление состояния опьянения.

Продолжительность I стадии зависимости от каннабиноидов у лиц основной группы по сравнению с больными группы сопоставления была короче ($9,2 \pm 1,7$ и $10,5 \pm 2,4$ мес.). По данным И.Н. Пятницкой (1975 г.), продолжительность периода эпизодического злоупотребления каннабиноидами и продолжительность I стадии синдрома зависимости более длительные: 1—1,5 года и 2—5 лет соответственно. Такое существенное укорочение первых этапов становления зависимости от каннабиноидов на материале данного исследования может быть связано с тем, что последнее десятилетие все чаще стал употребляться ХОК, который оказывает более агрессивное токсическое воздействие на соматовегетативное и психическое функционирование.

В соответствии с традиционными представлениями и согласно МКБ-10 II стадия зависимости от каннабиноидов диагностировалась при формировании абстинентного синдрома. Первые признаки синдрома отмены обычно появлялись через 4—5 ч после последней выкуренной папиросы. У больных с расстройством личности в структуре синдрома отмены преобладали эмоционально-волевые расстройства при минимальной выраженности соматовегетативных нарушений. Обязательным проявлением первой фазы синдрома отмены были дисфорические нарушения, представленные тоскливо-мрачным настроением, на фоне которого периодически возникали вспышки гневливости. Эмоциональное напряжение сопровождалось вегетативным возбуждением: артериальная гипертензия, тахикардия, гипергидроз, гиперемия кожи лица. Одновременно наблюдались агрипнические расстройства (трудности засыпания, поверхностный сон, кошмарные сновидения) и отсутствие аппетита. Длительность первой фазы абстинентного синдрома не превышала 3—4 дней. Основными проявлениями второй фазы синдрома отмены были астенодепрессивный и астеноипохондрический. На фоне общей слабости, вялости, выраженной эмоциональной лабильности появлялись сенестопатические ощущения, характеризующиеся чрезвычайным разнообразием. В поведении отмечались назойливость, плаксивость, беспокойство. Длительность абстинентного синдрома варьировала от 3 до 14 дней и в среднем составляла $6,2 \pm 0,4$ дня.

Клиническая структура синдрома отмены коррелировала с типом коморбидного расстройства личности. Соматоневрологический компонент абстинентного синдрома был выражен минимально у лиц с

эмоционально-неустойчивым расстройством личности, у больных с истерическим личностным расстройством психопатологический и соматовегетативный компоненты в структуре синдрома отмены были паритетными, а у больных с иным расстройством личности в структуре синдрома отмены соматоневрологические проявления были преобладающими. Психопатологический компонент синдрома отмены у больных с эмоционально-неустойчивым расстройством личности проявлялся дисфорическими расстройствами с брутальностью эмоционального реагирования, гетероагрессией, разрушительными действиями и суицидальными тенденциями, у больных с истерическим расстройством личности — демонстративными и ипохондрическими тенденциями, эмоциональной лабильностью с аффективными реакциями с рыданиями, криками, угрозами совершения суицида, при иных расстройствах зрелой личности — астеническими проявлениями с капризностью, плаксивостью, повышенной раздражительностью.

У лиц основной группы по сравнению с больными группы сопоставления абстинентный синдром отличался более тяжелым течением (легкий — 35,9% и 59,3%, средней тяжести 50,9% и 39; тяжелый — 4,6% и 0%; $p < 0,05$). По мере увеличения стажа наркотизации (от подгруппы "А" к подгруппе "С") тяжесть абстинентного синдрома нарастала за счет утяжеления прежде всего соматовегетативных расстройств и увеличения частоты развития в его структуре судорожного синдрома ($p < 0,001$).

Первичное патологическое влечение к каннабису на II стадии зависимости у всех обследованных больных имело компульсивную клиническую структуру и циклический тип динамики с закономерной этапностью развития. С увеличением продолжительности наркотизации компульсивное патологическое влечение приобретало все более приступообразный и даже пароксизмальный характер, что приводило к изменению ритма наркотизации. Если лица из подгруппы "А" употребляли каннабис ежедневно с постепенным наращиванием числа выкуренных папирос, то лица из подгруппы "В" и, особенно, "С" курили каннабис своеобразными приступами продолжительностью до 7—10 дней.

По мере прогрессивного развития наркотической зависимости менялась клиника состояний острой интоксикации каннабисом. При длительности злоупотребления каннабисом более 5 лет заметно снижались эйфорические эффекты от приема наркотика, в связи с чем больные начинали комбинировать прием каннабиноидов с другими психоактивными веществами (ПАВ), чаще со слабоалкогольными напитками (62,7%) или опиатами (37,3%). Больные основной группы исследования начинали комбинировать канна-

биноиды с другими ПАВ значительно раньше: в подгруппе "А" — 22,3% и 8,5%; $p < 0,001$; в подгруппе "В" — 67,5% и 49,3%; $p < 0,01$; в подгруппе "С" — 100% и 71,6%; $p < 0,001$. Комбинированный прием различных ПАВ с каннабисом с целью увеличения эйфорических эффектов опьянения способствовал формированию уже на II стадии синдрома зависимости явлений полинаркомании в отношении каннабиса и опиатов (70,4%; 58,9%) или трансформации зависимости от каннабиса в зависимость от опиатов (29,6%; 32,4%).

У 53 пациентов основной группы (56,1%) на различных этапах формирования зависимости возникали психотические состояния, что превышало аналогичный показатель у лиц группы сопоставления (46 чел.; 48,5%). Психотические состояния чаще возникали в состоянии острой интоксикации (84,5% и 81,3% соответственно по группам исследования) и протекали с синдромами помрачения сознания: делириозной (24,2% и 23,7%) и сумеречной (9,4% и 4,5%; $p < 0,01$) структуры, с онейроидным помрачением сознания (6,5% и 10,1%) и острым параноидом (4,4% и 3,0%).

В структуре абстинентного синдрома психозы возникали реже (15,5% и 18,7% по группам исследования соответственно). Возникновение абстинентных психозов у всех больных коррелировало с переходом больных на курение ХОКа (60,3%; 56,5%), с установлением плато толерантности (24,9%; 31,2%) и обострением соматических заболеваний (14,8%; 12,3%). Отмечена четкая корреляция частоты возникновения абстинентных психозов и сезонности (весна-лето), когда больные используют преимущественно ХОК.

Число перенесенных психозов в основной группе было выше ($1,8 \pm 0,3$), чем в группе сопоставления ($0,9 \pm 0,1$).

На начальных этапах формирования зависимости к каннабиноидам (подгруппа "А") наблюдалось заострение преморбидных патохарактерологических личностных особенностей, которые у больных из подгруппы "В" клишировались по эмоционально-неустойчивому типу. Одновременно наблюдалось снижение уровня личности по органическому типу, появлялись и углублялись шизофреноподобные расстройства в виде пассивности, снижения побуждений и целенаправленной активности, апатии, неряшливости. В подгруппе "С" резидуальные психические расстройства в эмоциональной, волевой, когнитивной и морально-этической сферах достигали степени органической деменции. У больных основной группы динамика личностной трансформации характеризовалась более высоким темпом прогрессивности и тяжестью конечных состояний.

Среднее количество ремиссий в основной группе ($2,3 \pm 0,7$) и группе сопоставления ($2,0 \pm 0,2$) практически не различалось. Средний показатель максимальной длительности ремиссий в сравниваемых группах имел статистически значимые различия ($p < 0,01$) и составлял в основной группе $4,7 \pm 0,6$ мес., а в группе сопоставления — $7,1 \pm 1,2$ мес. Каких-либо тенденций изменения длительности ремиссий в большинстве случаев в сравниваемых группах не прослеживалось, однако показатель полного отсутствия ремиссий был выше ($35,9\%$) в основной группе. Наибольший показатель отсутствия ремиссий в основной группе, а также их незначительная длительность по сравнению с группой сопоставления свидетельствует о высокой прогрессивности заболевания у этих больных.

Заключение

Зависимость от каннабиноидов у лиц с расстройством личности отличается более прогрессивным течением. В более раннем возрасте наблюдается приобщение к употреблению каннабисом, все этапы формирования наркоманической зависимости протекают в более короткие сроки, наблюдается ускоренный рост толерантности и установление плато толерантности на более высоком уровне. Абстинентный синдром отличается тяжестью клинических проявлений, преобладанием психопатологических расстройств над соматовегетативными. Изменение характера опьянения вследствие нивелирования эйфорических ощущений способствуют тому, что больные начинают комбинировать прием каннабиса с другими ПАВ, вследствие чего у них формируется полинаркомания или трансформация зависимости от каннабиса в зависимость от опиатов. О высокопрогрессивном течении наркомании свидетельствует также увеличение количества психозов, невысокая вероятность спонтанных ремиссий и плохое качество терапевтических ремиссий.

PATHOMORPHISM OF CANNABINOID DEPENDENCE IN THE CASE OF THE PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDER

DMITRIEVA T.V. Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

KLIMENKO T.V. Dr. med. sci., professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry

DUDIN I.I. Cand. med. sci., docent, head of chair of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology in Amursk State Medical Academy, Blagoveshchensk

The comparative study of two groups of patients with cannabinoid dependence was held with the help of clinical psychopathological and clinical catamnesis methods. The first (basic group) included 95 patients with personality disorder, complicated by cannabis dependence, the second (control group) included 95 patients with cannabis dependence without burdened premorbid. The research revealed the occurrence of clinical apparent peculiarities of cannabinoid dependence formation in the case of the patients with psychopathic premorbid on all stages of the disease.

Список литературы

1. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В. и др. Наркомания у подростков. — Киев: Здоров'я, 1989. — 216 с.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М., 1933.
3. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. — М.: Триада-Х, 1999. — 266 с.
4. Гулямов М.Г. Гашишная наркомания // Ж. Здоровоохранение Таджикистана. — 1988. — № 2. — С. 36—41.
5. Дмитриева Т.Б. Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции): Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — 1990. — 32 с.
6. Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б. Героиновая наркомания, развивающаяся у больных с различными особенностями личности (условия формирования, клиническая картина, терапевтический подход) // Наркология. — 2002. — № 1. — С. 35—39.
7. Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кривенков А.Н. и др. Пограничные психические расстройства, осложненные зависимостью от психоактивных веществ, в общей и судебно-психиатрической практике: Пособие для врачей. — М., 2002. — 44 с.
8. Клименко Т.В. Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии (клинический и судебно-психиатрический аспект): Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1996. — 33 с.
9. Коломеец А.А., Михалев П.В., Ураков И.Г. Клиника, прогноз и профилактика гашишной наркомании у больных разного пола и с различной преморбидной структурой личности: Методические рекомендации. — М., 1987. — 17 с.
10. Колотилин Г.Ф., Михайлов В.И. Клинико-катамнестическое изучение гашишизма, начавшегося в подростковом возрасте // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М., 1981. — С. 38—41.
11. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: 2-е изд. — Л., 1983. — 255 с.
12. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
13. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002. — 252 с.
14. Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А. Особенности формирования, течения и терапии поли- и осложненных опийных наркоманий в возрастном аспекте: Методические рекомендации. — М.: Изд-во МЗ СССР, 1982. — 16 с.
15. Cohen S.T.: Substance abuse and mental illness. In Friedman L, et al: Sourcebook of Substance Abuse and Addiction. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
16. Giannini A.J., Collins G.B.: Substance abuse and thought disorders. In Gold M.S., Staby A.E.: Dual Diagnosis an Substance Abuse. — New York: Marsel Dekker, 1991. — p. 57—93.
17. Weiss R.D., Collins D.A.: Substance abuse and psychiatric illness // Am. J. Addict. — 1992. — Vol. 93., № 1.