

С. В. Гречаный

СОЧЕТАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СТИМУЛЯТОРОВ И КАННАБИНОИДОВ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ (КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Особенностью химической зависимости у подростков является совместное использование различных психоактивных веществ с наркоманической целью как на этапе становления заболевания — поискового полинаркотизма [1], так и на этапе развернутых клинических проявлений [2, 3]. Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов представляет собой форму наркотизма, специфичную для подросткового возраста [4]. Считается, что употребление МДМА («экстази») чаще всего сочетается с приемом марихуаны [5, 6]. В настоящее время показано, что зависимость от МДМА представляет собой тяжелую форму химической аддикции, сопровождающуюся быстрыми сроками формирования и выраженным синдромом последствий наркотизации [7–13]. Сочетание «экстази» и марихуаны ухудшает прогноз заболевания, оказывает, в частности, более сильное влияние на когнитивные процессы, чем отдельное использование стимуляторов [14, 15].

Вопросы, связанные с полинаркотизмом, считаются дискуссионными в наркологии [1–3]. Ранее существовала точка зрения, что совместное использование одним больным различных психоактивных веществ связано с утратой доступности привычно используемого вещества. Однако в дальнейшем это явление стали понимать как закономерное, связанное с трансформацией форм наркотической зависимости в условиях снижения эффекта первоначально вводимого наркотика [3]. Описаны различные типы взаимодействия психоактивных веществ при их совместном употреблении. Наркотик может использоваться в дополнение к базисному либо для модификации наркотического опьянения, либо для купирования тягостных симптомов, в том числе абстинентных [2]. Считается, что сочетанная зависимость от двух и более наркотиков быстро и закономерно развивается при употреблении препаратов разнонаправленного клинического действия (например, алкоголь и снотворные средства). В случае употребления разнонаправленных веществ сочетанной аддикции не отмечается, и можно рассматривать какую-либо одну ведущую линию формирования зависимости [3]. Однако механизмы совместного употребления психоактивных средств с разнонаправленным действием, в частности, широко распространенного в подростковом возрасте сочетания стимуляторов и каннабиноидов, в настоящее время остаются до конца не ясны, что определяет актуальность настоящего исследования.

Важной возрастной особенностью химической зависимости у подростков является ее тесная связь с расстройствами поведения, феноменами, нозологически мало-специфичными, но в целом создающими психопатологическую основу формирования аддикции. Расстройства поведения и употребление психоактивных веществ признаются явлениями не просто близкими в этиопатогенетическом аспекте, после-

Гречаный Северин Вячеславович — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России; e-mail: svgrechany@mail.ru

© С. В. Гречаный, 2013

довательно развивающимися в пубертате, но и имеющими единую нозологическую природу [16].

Целью исследования явилось изучение клинико-динамических аспектов сочетанного употребления стимуляторов и каннабиноидов у подростков. Задачами исследования были изучение взаимосвязи употребления указанных наркотических веществ с расстройствами поведения у подростков, изучение динамических характеристик развития аддикций, трансформации зависимости, последствий наркотизации.

Материал и методы исследования. Использовались клинико-психопатологический, анамнестический, статистический методы исследования. Для оценки тяжести злоупотребления алкоголем и его последствий применялась методика «Диагностика употребления психоактивных веществ у подростков», представляющая собой адаптированную методику «Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)» [17]. Использовалась европейская версия методики (EuroADAD). Опросник состоит из 150 пунктов, оценивающих масштаб и последствия употребления подростками алкоголя и психоактивных веществ. Проблемы, связанные с аддиктивным поведением, оцениваются по 8 шкалам: «Физическое здоровье/болезнь», «Школьное обучение/занятость», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Психическая дезадаптация/психопатология», «Противозаконные действия», «Употребление алкоголя», «Употребление наркотиков». Используется два способа подсчета результатов опросника, которые соответствуют двум типам шкал — суммарно-балльной и рейтинговой. Суммарный балл шкалы основан на информации, полученной от пациента. Рейтинговая оценка выставляется исследователем и отражает степень тяжести медицинских, школьных, социальных и прочих проблем по 10-балльной шкале от 0 до 9 (минимальное значение балла соответствует наименьшим проблемам, а максимальное — наибольшим).

Для изучения расстройств поведения использовался «Низонджеровский рейтинг форм поведения у детей», представляющий собой адаптированную методику «The Nisonger Child Behavior Rating Form» [18]. Использовалась версия для детей с нормальным интеллектуальным развитием — «NCBRF, TIQ version» [19]. Диагностический подход, положенный в основу методики NCBRF, базируется на клинических критериях МКБ-10. Содержание большинства вопросов направлено на выявление симптомов, соответствующих диагностическим рубрикам F 90–92 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Текст опросника состоит из 66 вопросов, 10 из них касаются позитивных форм поведения, 56 — негативных его форм. Учитывая сложность получения объективной информации от подростков, опросник адресован родителям. Каждый вопрос оценивается по 4-балльной шкале в зависимости от степени согласия/несогласия с утверждением или частотой встречаемости признака. Результаты оцениваются по следующим шкалам: «Позитивные формы поведения» (субшкалы «Позитивное взаимодействие» и «Социальная адаптивность»), «Сензитивность», «Деструктивное поведение» (субшкалы «Оппозиция» и «Отклоняющееся поведение»), «СДВГ» (субшкалы «Гиперактивность» и «Нарушение внимания»), «Скрытность» и «Эмоциональные нарушения».

Обследовано 52 подростка с диагнозом «Расстройства поведения» (F 91) и его клиническими разновидностями (F 91.0, F 91.1, F 91.2). В динамике у всех пациентов было выявлено злоупотребление психоактивными веществами: диагнозы

«Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов. Употребление с вредными последствиями» (F 12.1) и «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления стимуляторов. Синдром зависимости» (F 15.21). Средний возраст пациентов на момент обследования составил $15,06 \pm 1,005$ лет. Среди обследованных 28 юношей и 24 девушки. Средние возраста юношей ($14,96 \pm 0,881$) и девушек ($15,17 \pm 1,239$) достоверно не различались (по критерию U Манна—Уитни $p = 0,528$).

Средний возраст начала употребления психоактивных веществ составил $13,77 \pm 0,807$ лет. Средний возраст девушек ($14,33 \pm 0,482$) был достоверно выше среднего возраста юношей ($13,29 \pm 0,713$) (по критерию U Манна—Уитни $p = 0,000$). Средняя продолжительность употребления психоактивных веществ составила $1,54 \pm 0,641$ года. У юношей ($1,71 \pm 0,713$) она достоверно преобладала над девушками ($1,33 \pm 0,482$) (по критерию U Манна—Уитни $p = 0,047$).

Среди употребляемых пациентами каннабиноидов во всех случаях использовался гашиш (курение). Стимуляторы были представлены препаратами типа МДМА («экстази») с интраназальным или пероральным способом введения. В анамнезе у 41 пациента (78,8%) отмечалось эпизодическое употребление «легкого» алкоголя, не достигавшее уровня зависимости. 7 пациентов (13,5%) до формирования зависимости от каннабиноидов и стимуляторов более одного раза употребляли кустарно приготовленный оксibuтират, но в дальнейшем по разным причинам от его применения отказались. У 5 пациентов (9,6%) были эпизоды употребления феназепама, димедрола, циклодола, не ставшие впоследствии систематическими.

Результаты и обсуждение. Употребление каннабиноидов в 49 случаях (94,2%) предшествовало использованию стимуляторов. Пациенты начинали их употреблять раньше примерно на 6–12 месяцев по сравнению с началом употребления стимуляторов. Однако анализ основных характеристик употребления каннабиса, таких как отсутствие выраженной психологической зависимости, частое сохранение начальной толерантности, отсутствие систематичности приема наркотика, не дает основания говорить о формировании у обследованных каннабиноидной зависимости. Таким образом, развивающаяся наркомания МДМА явилась для больных начальной и единственной формой зависимости от ПАВ. Употребление ранее производных конопли можно рассматривать как своеобразный донозологический этап, поисковый полинаркотизм, который «сенситизирует» больных в отношении последующей моноаддикции. В данном случае полинаркотизм является закономерным этапом формирования зависимости от одного вещества.

У 3-х пациентов (5,7%) систематическое употребление каннабиноидов отмечалось после сформированной зависимости от стимуляторов. Основными мотивами употребления было купирование тягостных проявлений постинтоксикационного состояния. Так, больная Б., 17 лет, в течение 6 дней употреблявшая амфетамины, смогла «снять состояние гашишем ... удалось поесть и уснуть». В дальнейшем для этой цели пациентка использовала гашиш регулярно.

При оценке анамнеза и статуса пациентов обращали на себя внимание, прежде всего, признаки сложившейся зависимости от МДМА. Они наиболее ярко проявлялись в учащении суточного приема наркотика («через 4 часа снова хочется ...»), а также формировании циклической формы потребления (так называемые «марафоны»). Цикл непрерывного употребления МДМА у разных пациентов составлял

от 3 до 11 дней. В период «марафонов» отсутствовал сон, пропадал аппетит, отмечались случаи похудения на 6 кг. Впоследствии описывались тягостные симптомы в виде отсутствия сил, длительной бессонницы. 31 пациент (59,6%) в этом состоянии жаловался на тревожное напряжение. У 15 пациентов (28,8%) «отходничок» сопровождался дисфорическими проявлениями («плохое самочувствие, все злит»). Было описано 5 случаев (9,6%) постинтоксикационного или абстинентного психоза. В 3-х из них отмечались аффективные колебания настроения дисфорического типа («снесло крышу... хваталась за нож, вилку... хотелось убить кого-то»). В других случаях наблюдалось различной интенсивности делириозное расстройство сознания. Так у больной М., 16 лет, отмечались зрительные галлюцинации, отрывочные идеи отношения на фоне выраженного аффекта страха (были «пауки по телу», «люди смотрят с презрением...», «резала руки, чтобы понять, что я не во сне»). Больной Е., 16 лет, жаловался на то, что у него «во сне женщины в голове кричат» (при этом лежал с открытыми глазами), «мужик в черном с большим ртом и черными зубами строил рожи»; было страшно, но не понимал, чего боится; в 2 часа ночи выбежал во двор, показалось, что старший брат кричит — оказалось, кошка мяукала; было также «ощущение, что кто-то ходит в комнате посторонний».

Среди последствий зависимости в 7 случаях (13,4%) отмечались незавершенные суицидные действия (самоповешение, порезы локтевых вен). Их мотивами было тягостное постинтоксикационное состояние («тяжело»), осознание собственной болезни («есть зависимость.., надоело жить») и внутренней измененности («взгляд на мир не такой»).

Клинико-динамическое наблюдение позволило выявить у 14 пациентов (26,9%) трансформацию зависимости от МДМА в злоупотребление алкоголем. У 3-х пациентов (5,7%) отмечалась трансформация в злоупотребление гашишем с ростом толерантности. Характерно, что как в первом, так и во втором случае больные переживали симптомы последствия зависимости от стимуляторов, в том числе субпсихотические и психотические состояния. Переход на препараты седативного действия в данном случае связан с необходимостью купирования таких последствий зависимости от МДМА, как стойкие нарушения сна, затяжные тревожные состояния, рудиментарные или развернутые психотические симптомы.

Для изучения патологической «почвы» форм изучаемой химической зависимости у подростков исследовалась взаимосвязь основных характеристик сочетанного употребления стимуляторов и каннабиноидов и предшествующих расстройств поведения у подростков. С этой целью количественные оценки шкал «Низонджерский рейтинг форм поведения у детей» и «Диагностика употребления психоактивных веществ у подростков» были подвергнуты факторному анализу. В результате получено 3 фактора, объясняющие 60,275% кумулятивной дисперсии (табл. 1).

Первый фактор включил в себя шкалу «Употребление стимуляторов» в сочетании с высокими и умеренными факторными нагрузками шкал поведенческого теста — «Отклоняющееся поведение», «Оппозиция», «Скрытность», высокой факторной нагрузкой шкалы «Противозаконные действия» и средними нагрузками шкал «Физическое здоровье/болезнь», «Школьное обучение/занятость», «Семейные взаимоотношения», «Общественное поведение», шкалы с отрицательным значением факторных нагрузок «Позитивное взаимодействие». Можно сказать, что первый фактор отражает взаимосвязь употребления стимуляторов с личностно-поведен-

Таблица 1. Факторный анализ шкал опросника «Низонджеровский рейтинг форм поведения у детей» и «Диагностика употребления психоактивных веществ у подростков»

1 фактор 27,011% объяснимой дисперсии	2 фактор 19,816% объяснимой дисперсии	3 фактор 13,448% объяснимой дисперсии
«Употребление стимуляторов» (0,724) «Отклоняющееся поведение» (0,710) «Оппозиция» (0,589) «Скрытность» (0,577) «Противозаконные действия» (0,809) «Физическое здоровье/болезнь» (0,633) «Школьное обучение/занятость» (0,661) «Семейные взаимоотношения» (0,544) «Общественное поведение» (0,735) «Позитивное взаимодействие» (–0,530)	«Употребление каннабиса» (0,627) «Употребление алкоголя» (0,518) «Гиперактивность» (0,433) «Невнимательность» (0,429) «Эмоциональные нарушения» (0,501) «Школьное обучение/занятость» (0,414) «Семейные взаимоотношения» (0,352) «Психическая дезадаптация/психопатология» (0,674) «Социальная адаптивность» (–0,440)	«Употребление алкоголя» (0,461) «Сензитивность» (0,882) «Психическая дезадаптация/психопатология» (0,622)

ческим спектром нарушений и последствиями такой взаимосвязи — медицинские и криминальные осложнения, негативные последствия для учебы, работы и семьи. Личностно-поведенческая составляющая объясняется связью вопросов шкалы «Отклоняющееся поведение» с диагностическими критериями рубрики F 91 «Расстройства поведения», которые, согласно диагностическим указаниям, в дальнейшем имеют тенденцию к трансформации в диссоциальное расстройство личности.

Во второй фактор вошли шкалы «Употребление каннабиса» и «Употребление алкоголя» в сочетании с поведенческими шкалами «Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения» и шкалами, характеризующими последствия аддикции — «Школьное обучение/занятость», «Семейные взаимоотношения», «Психическая дезадаптация/психопатология», «Социальная адаптивность» (последняя — с отрицательным значением факторной нагрузки). Данный фактор отражает экзогенно-органическую основу формирования аддиктивного поведения, причем как наркотического, так и алкогольного. В данном случае отмечаются сильная взаимосвязь аддиктивных расстройств с шкалами «Гиперактивность» и «Невнимательность», что клинически чаще всего соответствует диагнозу «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F 90.1), а по ряду вопросов рейтинговой шкалы — «Легкому когнитивному расстройству». Гиперкинетическое расстройство в отечественной психиатрической школе традиционно рассматривалось в рамках экзогенной формы реагирования как форма резидуально-органической церебральной патологии [20].

Третий фактор составили шкалы «Употребление алкоголя» со средним значением факторной нагрузки, «Сензитивность» и «Психическая дезадаптация/психопатология». Данный фактор отражает влияние сензитивности на формирование алкогольной зависимости, явление, в равной степени способное рассматриваться как в рамках формы личностного реагирования, так и в связи с невротическими расстройствами. Важно отметить отсутствие в данном случае проявлений меди-

цинских, социальных, семейных и криминальных последствий употребления ПАВ и присутствие психопатологических симптомов.

Таким образом, употребление каннабиноидов у подростков с ведущей формой наркотической зависимости от стимуляторов следует рассматривать в двух аспектах: как проявление полинаркотизма в рамках донозологической формы потребления и как трансформацию зависимости от стимуляторов в каннабиноидную зависимость при появлении стойких последствий наркотизации MDMA. Можно говорить о 3 линиях взаимосвязи химической аддикции (стимуляторы и каннабиноиды) с расстройствами поведения у подростков: связанная с личностными нарушениями, с гиперкинетическим расстройством в рамках резидуально-органической патологии мозга и с сензитивностью в рамках личностно-невротического реагирования.

Литература

1. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология: руководство. Л.: Медицина, 1991. 304 с.
2. Егоров А. Ю. Возрастная наркология. СПб: Дидактика Плюс; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 272 с.
3. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: руководство для врачей. М.: Медицина, 2008. С. 358.
4. Black D. L., Cawthon B., Robert T. et al. Multiple drug ingestion by ecstasy abusers in the United States // *J. Anal. Toxicol.* 2009. Vol. 33 (3). P. 143–147.
5. Klugman A., Gruzelier J. Chronic cognitive impairment in users of «ecstasy» and cannabis // *World Psychiatry.* 2003. Vol. 3. P. 184–190.
6. Mohamed W. M., Ben Hamida S., Cassel J. C. et al. MDMA: interactions with other psychoactive drugs // *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2011. Vol. 99 (4). P. 759–774.
7. Bhattachary S., Powell J. Recreational use of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) or «ecstasy»: evidence for cognitive impairment // *Psychological Medicine.* 2001. Vol. 31. P. 647–658.
8. Yoshimoto S., Masaomi I., Yasuomi O. et al. Methamphetamine-Related Psychiatric Symptoms and Reduced Brain Dopamine Transporters Studied With PET // *The American Journal of Psychiatry.* 2001. Vol. 158, N 8. P. 1206–1214.
9. Gouzoulis-Mayfrank E., Daumann J. Dialogues Neurotoxicity of drugs of abuse — the case of methylenedioxymphetamines (MDMA, ecstasy) and amphetamines // *Clin. Neurosci.* 2009. Vol. 11(3). P. 305–317.
10. Johansen P., Krebs T. S. How could MDMA (ecstasy) help anxiety disorders? A neurobiological rationale // *J. Psychopharmacol.* 2009. Vol. 23 (4). P. 389–391.
11. Chummun H., Tilley V., Ibe J. 3,4-methylenedioxyamfetamine (ecstasy) use reduces cognition // *Br. J. Nurs.* 2010. Vol. 19(2). P. 94–100.
12. Schilt T., Koeter M. W., Smal J. P. et al. Long-term neuropsychological effects of ecstasy in middle-aged ecstasy/polydrug users // *Psychopharmacology.* 2010. Vol. 207(4). P. 583–591.
13. Rogers G., Elston J., Garside R. et al. The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence // *Health Technol. Assess.* 2009. Vol. 13 (6). P. 301–315.
14. Gouzoulis-Mayfrank E., Daumann J., Tuchtenhagen F. et al. Impaired cognitive impairment in drug free users of recreational Ecstasy // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2000. Vol. 68. P. 719–725.
15. Clark L., Roiser J. P., Robbins T. W. et al. Disrupted «reflection» impulsivity in cannabis users but not current or former ecstasy users // *J. Psychopharmacol.* 2009. Vol. 23(1). P. 14–22.
16. Robins L. N., Price R. K. Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH epidemiologic catchment area project // *Psychiatry.* 1991. Vol. 54. P. 116–132.
17. Friedman A. S., Utada A. A method for diagnosing and planning the treatment of adolescents drug abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument) // *Journal of Drug Education.* 1989. Vol. 19, N 4. P. 285–312.
18. Tassé M. J., Aman M. G., Hammer D. et al. The Nisonger Child Behavior Rating Form: Age and gender effects and norms // *Research in Developmental Disabilities.* 1996. Vol. 17. P. 59–75.
19. Aman M. G., Leone S., Lecavalier L. et al. The Nisonger Child Behavior Rating Form: typical IQ version // *International Clinical Psychopharmacology.* 2008. Vol. 23, N 4. P. 232–242.
20. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.

Статья поступила в редакцию 15 августа 2013 г.