

УПОТРЕБЛЕНИЕ И ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЕ КАННАБИСОМ

Alan J Budney,
Catherine Stanger

Каннабис – обобщающее название для психоактивных субстанций, получаемых из *Cannabis sativa*, растения, выращиваемого во многих регионах земного шара и используемого широко для изменения сознания. Многим каннабис известен под другими именами: *марихуана, гашиш, даге, анаша, банг, ганджа, бханг, косяк, травка* (это лишь небольшая часть из них). В данной главе для обозначения всех разнообразных форм этой субстанции мы будем использовать термин каннабис.

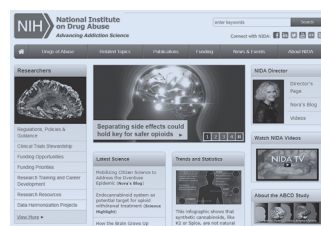
Каннабис в значительно большей степени, чем другие субстанции, обладающие потенциалом злоупотребления, вызывает яростные дискуссии во всем мире. По оценкам, мировое потребление этой субстанции достигает 166 млн человек (UNODC, 2008), а политика, касающаяся правового статуса и потенциала применения каннабиса в медицинских целях, варьирует как между странами, так и в пределах одной страны. Многие ставят под сомнение способность каннабиса вызвать зависимость. То есть, они скептически относятся к тому, что кто-либо так или иначе может стать зависимым от каннабиса или наркоманом. Серьезность медицинских и психологических последствий употребления каннабиса также оспаривается. Некоторые убеждены в том, что каннабис представляет собой опасность, поскольку является «входными воротами» к употреблению более тяжелых наркотиков. Все эти вопросы приводят также к сомнениям – есть ли необходимость в интенсивном лечении, чтобы помочь людям прекратить употребление. Недавний прогресс в области знаний о каннабисе и зависимости вносит ясность в некоторые из этих вопросов. В данной главе представлена научно-обоснованная информация о каннабисе и его потенциальной способности приводить к вредным последствиям, с целью обеспечить информированное и всестороннее понимание, а также оценку каннабиса и его возможного воздействия на подростков.

Каннабис в истории

По некоторым расчетам каннабис впервые появился в китайской культуре четыре тысячи лет назад как растение, выращиваемое для использования его волокон при производстве одежды, бумаги и канатов (Abel, 1980). Со временем в большинстве культур люди начали использовать каннабис как лекарственное средство при разных расстрой-

ствах, а также в религиозных обрядах, из-за его психотропных свойств. Ценность каннабиса, как источника прочного волокна, его потенциал медицинского применения, психоактивные свойства и потенциальная способность вызывать зависимость, все эти его качества на протяжении столетий вызвали дискуссии и споры.

В XIX ст. каннабис был включен в фармакопею США (примерно в 1870 г) на основе медицинских записей, описывающих его потенциальные лекарственные свойства. Однако беспокойство общества, вызванное злоупотреблением каннабисом и его последствиями, привело к тому, что правительством были оплачены исследования, в результате которых были сделаны выводы, что каннабис «не вызывает привыкание» и обладает рядом полезных для здоровья свойств (например, Ohio State Medical Society, 1860 и Indian Hemp Drug Commission, 1895). В начале XX ст. в США повышение потребления каннабиса стало источником публичных споров, так как некоторые люди без всяких на то оснований заявляли, что боятся, что употребление марихуаны афроамериканцами и американцами мексиканского происхождения будет побуждать к употреблению белых детей среднего и высшего класса. Росла также обеспокоенность и в международном масштабе, так отчеты Международной конференции по опиуму и Лиги наций указывали на то, что многие страны испытывали необходимость в установлении контроля над каннабисом, тогда как другие оказывали сопротивление таким усилиям. В 1924 г. на международной конференции по опиуму каннабис был признан «наркотиком» и было заявлено о необходимости введения строгого контроля над его употреблением.



Вебсайт Национального института по проблемам наркомании (США) (National Institute on Drug Abuse (US)):

<https://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes>



Вебсайт Национального центра по информации и профилактике потребления каннабиса (Австралия) (National Cannabis Prevention and Information Center (Australia)):

<https://cannabissupport.com.au>

В 1941 г. Великобритания признала каннабис незаконным, а в Соединённых Штатах Америки был принят «Закон о налоге на марихуану», и каннабис был исключен из фармакопеи. В 1944 году Нью-Йоркская академия наук отмечала, что публичная обеспокоенность в отношении каннабиса была преувеличенной,



Реклама в журнале «Medical Advance Journal» за январь 1895 г.

и что каннабис не вызывает зависимости, хотя в опубликованном этой организацией отчете описывались множественные негативные аспекты употребления каннабиса. В 1972 г. Национальная комиссия по марихуане и злоупотреблению наркотиками рекомендовала исключить из числа уголовно наказуемых деяний хранение марихуаны. В то десятилетие в целом ряде штатов США тюремное заключение было заменено гражданско-правовыми мерами ответственности или штрафами за административное правонарушение. Одновременно, США запретили медицинские исследования каннабиса, тогда как в штате Нью-Мексико был принят закон, разрешающий использование каннабиса в медицинских целях.

В 1999 году Институт медицины опубликовал подробный отчет, подтверждающий потенциальное негативное влияние каннабиса, в том числе и способность вызывать зависимость, но вместе с тем дающий четкие разъяснения относительно потенциала положительного медицинского эффекта. Дискуссии, касающиеся легализации и декриминализации каннабиса в международном масштабе продолжают развиваться, при этом не удается достичь консенсуса, что в результате приводит к очень широкому диапазону региональных и национальных политик.

ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КАННАБИС И КАК ОН ДЕЙСТВУЕТ?

Несмотря на то, что каннабис содержит многие химические соединения, главным действующим веществом, вызывающим «кайф» при курении или принятии внутрь растительного сырья, является дельта-9-тетрагидроканнабинол (ТГК). Другие химические вещества, содержащиеся в каннабисе, по всей видимости, взаимодействуют с ТГК, приводя к разнообразным физическим и психологическим эффектам. В частности, ведутся исследования по изучению роли каннабидиола. По результатам некоторых исследований, этот компонент оказывает некоторое влияние на действие каннабиса в целом, препятствуя развитию панических реакций и ослабляя психомиметический эффект ТГК, хотя в других исследованиях подобные результаты не наблюдались (Bhattacharyya et al, 2010; Karschner et al, 2011). Осознание и понимание роли других, кроме ТГК, химических соединений, содержащихся в каннабисе, имеет отношение к оценке трех актуальных проблем, связанных с употреблением каннабиса:

- Как сравнивать эффекты употребления каннабиса с употреблением чистого ТГК, который иногда принимается в медицинских учреждениях
- Как сравнивать эффекты рекреационного употребления синтетических веществ, обладающих действием, подобным действию ТГК (например,

курительных смесей – «Спайс», К2, «Кроник») с употреблением натурального каннабиса

- Какое влияние на здоровье оказывают другие химические соединения, вдыхаемые с дымом при курении каннабиса (например, канцерогены, смолы).

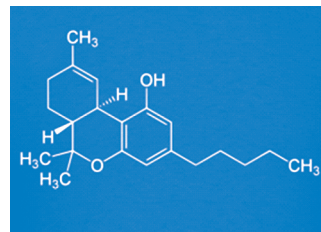
Способы приготовления и употребления каннабиса

Растение каннабис выращивается или культивируется, а затем продается в разнообразных формах. Наиболее часто растение сушат и потом измельчают либо целиком, либо отделяя неоплодотворенные женские соцветия. Разные части растения содержат разную концентрацию ТГК, при этом наименее действенной является смесь, получаемая путем измельчения целого растения (содержание ТГК 2–5%), более крепкой из соцветий (до 20% ТГК). Другим распространенным препаратом каннабиса является *гашиши*, представляющий собой смолу каннабиса, как правило, с высоким содержанием ТГК (10–15%). Гашишное масло еще более крепкий препарат, это концентрированный экстракт из смолы каннабиса с высоким содержанием ТГК (до 60%). Следует отметить, что за последние 20 лет обычный, продаваемый на улице, каннабис становится все более и более сильнодействующим, вероятнее всего за счет повышения опыта гибридизации и усовершенствования технологии выращивания.

Наиболее распространенным способом потребления является курение; растительные материал сгорает с выделением дыма с попутным испарением наркотических средств. Для курения используются разнообразные приспособления от сигарет (*косяк*), курительных трубок, кальянов (*бонги* или *наргиле*), и совсем недавно популярными стали самокрутки, изготавливаемые с использованием листьев специально отобранных сортов табака (*блантов*). В последнее время более распространенным, особенно среди подростков и молодежи, стало курение каннабиса одновременно с табаком либо с помощью блантов, *слифов* (самокрутка из папиросной бумаги и бумажного фильтра, в которой смешивается табак и каннабис) или выкуривание обычной сигареты сразу же после употребления каннабиса (Agrawal et al, 2011; 2012; Peters et al 2012).

Каннабис может также «выпариваться», что подразумевает нагревание его до температуры, достаточной для выделения психоактивных веществ с последующей ингаляцией, но одновременно достаточно низкой, чтобы не вызвать ожог. Этот способ употребления считается более «безопасным», чем традиционное курение.

Достаточно распространено также и пероральное употребление каннабиса, заключающееся обычно в растворении его в пищевых продуктах, часто в выпечке, хотя недавно в местах, в которых отпускается «медицинская марихуана» начали продавать другие продукты, содержащие определенные дозы каннабиса.



Химическая структура ТГК

За последние 20 лет обычный, продаваемый на улице, каннабис становится все более и более сильнодействующим.

Зависит ли эффект от способа употребления?

У каннабиса употребляемого путем курения и выпаривания одинаковая биологическая доступность ТГК, что в результате приводит к одинаковому периоду действия интоксикационного эффекта. Интоксикация, как правило, начинается через 1-2 минуты, обычно достигая пика спустя 30 мин, и может продолжаться до четырех часов. При пероральном потреблении биологическая доступность ниже, и вследствие этого интоксикация обычно начинается позже, как минимум, через 30 минут, пик достигается в среднем через два часа, и эффект длится более шести часов.



В чем заключаются общие эффекты употребления каннабиса?

Потребление каннабиса вызывает целый ряд хорошо описанных эффектов, большинство из которых зависят от дозировки. Эффекты, ассоциирующиеся с нахождением под «кайфом» (жарг. «обкуранный») включают: эйфорию, чувство расслабления, беззаботность или повышенная смешливость, ощущение замедления времени, повышение восприятия музыки и других форм искусства, а также тенденция к предпочтению невербальной социальной активности или интроспекции. Реже описываются, но также могут наблюдаться, чувство тревоги, параноя, страх или паника. Такие эффекты чаще всего имеют место у менее опытных потребителей или в результате употребления более высоких, чем обычно, доз. В редких случаях, обычно при передозировке, могут наблюдаться галлюцинации. Эти эффекты не опасны для жизни, со временем исчезают, и могут быть ослаблены комфортной обстановкой и переубеждением.

Употребление каннабиса вызывает также определенные физиологические эффекты. Появляется сухость во рту, повышается аппетит (т.е. жарг. «жор», «пробирает на хавчик»), что, как правило, приводит к потреблению большого количества пищевых продуктов и напитков, особенно высококалорийных. В низких и средних

дозах каннабис обычно обладает противорвотным действием (ослабляет тошноту), но в более высоких дозах или при употреблении менее опытными потребителями может наоборот вызывать тошноту и рвоту. Употребление каннабиса связано с широким диапазоном сердечно-сосудистых эффектов. Употребление связано с повышением частоты сердечных сокращений в покое, незначительным повышением артериального давления в положении лежа на спине, и ортостатической гипотензией (головокружение и предобморочное состояние в результате внезапного падения артериального давления при резком изменении положения тела при вставании) (Jones, 2002). Также наблюдается расширение мелких кровеносных сосудов, что приводит к покраснению глаз.

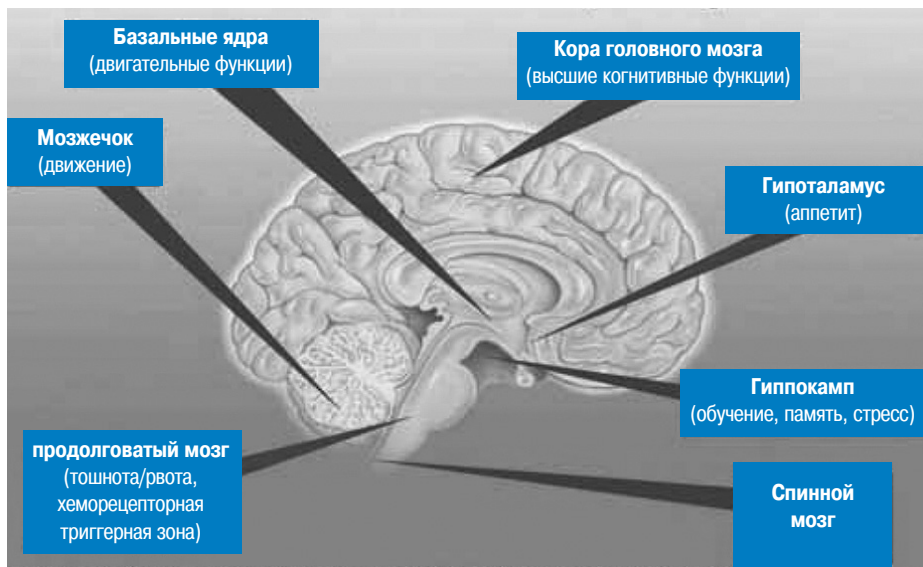
Каннабис может нарушать сконцентрированное и распределенное внимание, кратковременную и эпизодическую память, некоторые сложные когнитивные процессы и некоторые аспекты двигательной способности (Vandrey & Mintzer, 2009). Многие из этих эффектов незначительны, дозозависимы и предопределены анамнезом употребления каннабиса (толерантностью). В общем, средние дозы каннабиса вызывают эффекты, сопоставимые со средними дозами алкоголя (в среднем концентрация в крови 0,05%) по таким показателям, как двигательная способность, внимание и эпизодическая память.

Длительное употребления каннабиса может приводить к нарушениям внимания, памяти и сложных когнитивных способностей, таких как решение проблем и психическая гибкость (Kalant, 2004; Solowij et al., 2002). Нейровизуальные исследования показывают, что у долгосрочных потребителей нарушаются функции головного мозга в области префронтальной коры, мозжечка и гиппокампа. С другой стороны, функциональную значимость таких нарушений сложно оценивать и измерять. В большинстве исследований высказывается предположение, что большинство из нарушений, связанных с хроническим употреблением марихуаны, по всей видимости, обратимы при условии длительной абстиненции.

Как каннабис взаимодействует с мозгом?

Каннабис вызывает характерные эффекты посредством воздействия на систему эндогенных каннабиноидных рецепторов. Установлены два типа рецепторов (CB1 и CB2) и пять эндогенных лигандов. Психоактивный и подкрепляющий эффекты каннабиса обусловлены преимущественно активацией соединениями ТГК рецептора CB1. Этот рецептор широко распространен в центральной нервной системе, однако в наиболее высокой концентрации представлен в базальных ганглиях (награда, обучение, регуляция моторики), мозжечке (сенсомоторная координация), гиппокампе (память) и коре головного мозга (планирование, центральное торможение, когнитивные функции высшего порядка). Изменения деятельности головного мозга после употребления ТГК локализованы, главным образом, в этих зонах, и нейровизуальные исследования показывают, что такие изменения являются эффектами, зависящими от дозы и времени. Эйфорический эффект связан с тем, что ТГК облегчает высвобождение и повышение синаптического содержания дофамина в системе поощрения головного мозга (Gardner, 2005), что вполне закономерно является отличительным свойством большинства наркотических веществ.

Концентрация рецепторов CB1



Нейровизуальные исследования у подростков показали, что хроническое употребление каннабиса в подростковом возрасте приводит к менее эффективной нейронной обработке при выполнении задач, требующих участия исполнительных функций, и особенно задач, требующих более высокого уровня контроля над вниманием (Abdullaev et al, 2010). Также было установлено, что частое или недавнее употребление каннабиса среди подростков и начало употребления до 16 лет, ассоциируется с менее эффективной (сверхактивной) когнитивной обработкой при выполнении задач на рабочую память (Becker et al, 2010; Jager et al, 2010; Schweinsburg et al, 2010). Рабочая память – это когнитивная система хранения информации, позволяющая осуществлять вербальные и невербальные действия, такие как осмысление и понимание, которые являются важными элементами, вовлеченными в целевой мониторинг или поиск необходимой информации, который способствует принятию решений (Becker & Morris, 1999). У подростков, потребляющих каннабис отмечаются также структурные нарушения, в том числе уменьшение толщины коры головного мозга (Lopez-Larson et al, 2011), а также понижение фракционной анизотропии головного мозга, что свидетельствует о низкой миелинизации (Ashtari et al, 2009). Эти данные указывают на то, что употребление каннабиса отдельно или в сочетании с другими психоактивными веществами (например, алкоголь) в подростковом возрасте может негативно влиять на процессы нормального развития нервной системы.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Подростки, которые сообщают о регулярном употреблении каннабиса с большей вероятностью:

- Употребляют другие психоактивные вещества, и у них более вероятно развитие психического и поведенческого расстройства, вызванного употреблением
- Имеют низкую академическую успеваемость и прогуливают занятия в школе
- Вовлекаются в преступную деятельность и арестовываются
- Имеют другие психиатрические проблемы и чаще поступают в отделения экстренной медицинской помощи
- Совершают действия, связанные с высоким риском, такие как управление транспортом под влияние наркотика, которое повышает риск дорожно-транспортных происшествий, или втягиваются в рискованное сексуальное поведение, повышающее риск незапланированной беременности или заболеваний, передающихся половым путем.

У взрослых регулярное употребление каннабиса также связано с худшей профессиональной биографией и менее удовлетворительными взаимоотношениями. Результаты некоторых исследований вызывают опасения, что во время беременности подверженность плода воздействию каннабиса может влиять на способности к обучению и когнитивное функционирование в школьные годы (Fried et al, 2003). Каннабис также ассоциируется с высокой вероятностью респираторных проблем (например, бронхит), однако не было установлено четкой взаимосвязи с риском возникновения рака, хотя курение каннабиса сопровождается вдыханием большого количества канцерогенных веществ (Tetrault et al, 2007).

Каннабис и шизофрения

Хотя сложно доказать, что употребление каннабиса является причинным фактором таких неблагоприятных последствий, тем не менее, он, безусловно, играет способствующую роль. Особо важное значение имеет ответ на вопрос, способствует ли употребление каннабиса развитию тяжелых психических расстройств, таких как шизофрения (Sewell et al, 2009). Четкая ассоциация между употреблением каннабиса и развитием психотических расстройств возникала неоднократно. Особый риск представляет частое употребление и раннее начало употребления. Таким образом, эта проблема приобретает особое значение в подростковом и юношеском возрасте. Результаты исследований не дают окончательного ответа, является ли такая взаимосвязь причинной (например, действительно ли употребление каннабиса приводит к новым случаям шизофрении) или развился психоз без употребления каннабиса (например, каннабис только перенес на более ранний срок начало заболевания). Каннабис, по всей вероятности, провоцирует более раннее начало

психоза, и, возможно, проявление психоза у тех лиц, у которых имелись предрасполагающие факторы риска. Более того, среди индивидов с психотическими расстройствами, употребление каннабиса однозначно имеет негативное влияние на их течение и реакцию на лечение, несмотря на некоторые данные о том, что он способен улучшать когнитивное функционирование в острый период у некоторых лиц с шизофренией.

Способен ли каннабис вызывать зависимость?

Несмотря на то, что нет единого мнения, как лучше определять понятие «зависимость», по многим показателям употребление каннабиса со временем может развиваться в зависимость или, говоря диагностическим языком, в психическое и по-

Таблица G.2.1 Зависимость от каннабиса похожа на другие зависимости от психоактивных веществ

Биологическое правдоподобие

- Эндогенная каннабиноидная система
- Каннабис активирует дофаминовые системы поощрения
- Генетические детерминанты расстройства, вызванного употреблением каннабиса

Клинически значимый абстинентный синдром

- Похож на никотиновый абстинентный синдром
- Затрудняет отказ от употребления
- Способствует неудачным попыткам прекратить употребление

Феноменология расстройства, вызванного употреблением каннабиса

- Полный диапазон критериев злоупотребления и зависимости
- Множественные социальные, поведенческие и эмоциональные ассоциации
- В среднем менее тяжелый синдром, чем при расстройствах, вызванных употреблением других психоактивных веществ

Распространенность

- Значительно большее число расстройств, связанных с употреблением каннабиса, по сравнению с другими расстройствами, вызванными употреблением нелегальных наркотиков
- Расстройство, вызванное употреблением каннабиса, развивается у меньшего процента потребителей, но потребителей каннабиса значительно больше, чем потребителей других запрещенных наркотиков

Лечение

- Количество поступлений на лечение по поводу расстройства, вызванного употреблением каннабиса сравнимо с таким же количеством при расстройствах, вызванных употреблением кокаина и опиоидов
- Реакция на лечение подобна другим расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ

веденческое расстройство, вызванное употреблением каннабиса. Лабораторными, эпидемиологическими, генетическими и клиническими исследованиями продемонстрировано биологическое правдоподобие, существование, распространение и клиническое значение расстройств, вызванных употреблением каннабиса.

Нейробиология и генетика

Как уже отмечалось выше, нейробиологические изменения, лежащие в основе эффектов, вызываемых каннабисом и наличие эндогенной каннабиноидной системы, подтверждают биологическое правдоподобие зависимости от каннабиса. То есть, можно провести параллель между этими структурами и теми эффектами, что имеют место в случае с другими химическими веществами, от которых у людей возникают проблемы с зависимостью. Кроме того, во многих исследованиях было установлено, что развитию расстройства, вызванного употреблением каннабиса, способствуют генетические влияния. Сообщалось о наследственных факторах, способствующих 30 – 80% общей дисперсии риска расстройства, вызванного употреблением каннабиса. Исследования генетической связи расстройства, вызванного употреблением каннабиса и ранних стадий его употребления (включая частоту употребления) дополнительно установили генетическую связь с проблемами, вызванными употреблением каннабиса (Agrawal & Lynskey, 2009). Были выявлены три источника генотипического риска (специфические для вещества, неспецифические и изменяемые под влиянием окружающей среды). Первые, специфические для вещества гены, могут влиять на чувствительность к общему потенциалу зависимости каннабиса. Вторые, определенные гены могут в целом повышать или снижать генетическую восприимчивость к экстернализирующим проблемам поведения, включая экспериментирование подростков с психоактивными веществами и злоупотребление ими. Третьи, определенные гены могут воздействовать на реагирование индивида на переменные внешней среды, такие как стресс, который может влиять на риск злоупотребления психоактивными веществами.

Каннабисная абстиненция?

Синдром отмены наркотических веществ (абстинентный синдром, абстиненция) рассматривается многими как признак зависимости. Таким образом, важной частью более общего вопроса (сформировалась ли зависимость от каннабиса?) должно быть следующее уточнение: привело ли регулярное употребление каннабиса к тому, что человек испытывает абстинентный синдром при прекращении употребления? Последние 10–15 лет исследований дали четкий ответ на этот вопрос: настоящий, клинически значимый абстинентный синдром испытывает большинство лиц, интенсивно потребляющих каннабис (Budney & Hughes, 2006; Budney et al, 2004).

Нейробиологические основы абстинентного синдрома при употреблении каннабиса были установлены после открытия вышеупомянутой эндогенной каннабиноидной системы. Исследования на животных показали, что прием антагонистов каннабиноидов может ускорять развитие абстиненции. Исследования у людей продемонстрировали, что депривация ТГК у некоторых потребителей вызывает симптомы

абстиненции, которые исчезают при приеме ТГК, четко указывая на фармакологическую специфичность каннабисного абстинентного синдрома (например, Budney et al, 2007; Haney et al., 2004).

СИМПТОМЫ КАННАБИСНОЙ АБСТИНЕНЦИИ

- Раздражительность, злость или агрессия
- Нервозность или тревога
- Проблемы со сном (например, бессонница, беспокойный сон, тревожные сновидения)
- Снижение аппетита и массы тела
- Беспокойство
- Депрессивное настроение
- Физические симптомы: боли в животе, шаткость походки/тремор, потливость, повышение температуры тела, озноб или головные боли
- Более редкие симптомы: общая слабость, утомляемость, зевота, проблемы с концентрацией внимания

Больше того, лабораторные и клинические исследования с участием взрослых и подростков подтвердили достоверность, надежность и динамику абстинентного синдрома при употреблении каннабиса (Budney et al, 2004; Chung et al, 2008; Levin et al, 2010; Milin et al, 2008; Vandrey et al, 2005). В большинстве случаев проявления абстиненции появляются через 24–48 часов после прекращения употребления, достигают пика на 2–4 день, с возвращением к исходному уровню через 1–3 недели. Значительное число интенсивных потребителей марихуаны (25–95%) сообщают о разнообразных симптомах абстиненции, при этом более высокую выраженность симптомов абстинентного синдрома обнаруживают те, кто обратился за помощью по поводу расстройства, вызванного употреблением каннабиса.

Обеспокоенность по поводу клинической значимости и важности абстинентного синдрома стала главной причиной того, что в DSM-IV это состояние было упущено. Однако современные данные показывают, что по значимости и степени

тяжести, абстинентный синдром при приеме каннабиса сравним с общепризнанным абстинентным синдромом при никотиновой зависимости (Budney et al, 2008; Vandrey et al, 2008). Многие подростки, а также взрослые утверждают, что симптомы абстиненции отрицательно влияют на их попытки прекратить употребление

и приводят к возвращению к употреблению каннабиса или других химических веществ, вместо того, чтобы избавиться от этих симптомов (Copersino et al, 2006). Значительная часть взрослых и подростков, находящихся на лечении по поводу расстройства, вызванного употреблением каннабиса, жалуются, что такие симптомы существенно осложняют отказ от потребления; а степень тяжести абстиненции, по всей вероятности, может иметь прогностическую ценность – у подростков с более тяжелой абстиненцией более высокая вероятность неблагоприятного результата лечения (Chung et al, 2008; Cornelius et al, 2008).

Таким образом, абстинентный синдром при употреблении каннабиса, как правило, не подразумевает серьезные медицинские или психиатрические последствия и может рассматриваться как «легкий» по сравнению с абстиненцией при употреблении героина или алкоголя. Тем не менее, эмоциональные и поведенческие симптомы, представляющие собой ключевой

признак каннабисной абстиненции, мешают попыткам прекратить употребление, и должны быть соответственно оценены как в клинических условиях, так и при самостоятельных попытках отказа от вещества.

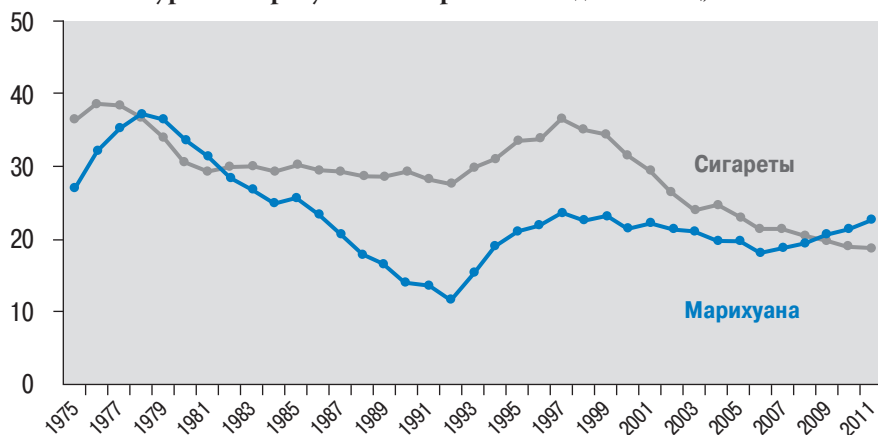


Фото: Tony Fischer

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННОГО УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИСА

Как и в случае с другими наркотиками, у большинства людей, попробовавших каннабис, не возникает проблем с зависимостью. Тем не менее, среди тех, кто в определенный период удовлетворял критериям диагностики расстройства, вызванного употреблением каннабиса, изложенным в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)) (American Psychiatric Association, 2000), вдвое больше число тех, кто соответствует таким же критериям для других запрещенных наркотиков (Anthony & Helzer, 1991; Anthony et al, 1994). Это отражает тот факт, что людей, которые когда-либо употребляли каннабис, значительно больше, чем людей, употреблявших когда-либо другие запрещенные наркотики или злоупотреблял ими. И, наоборот, у значительно меньшего процента лиц, когда-либо употреблявших каннабис впоследствии развивается зависимость (в среднем у 9% в США), по сравнению с другими запрещенными наркотиками. Например, у 15% пробовавших кокаин и у 24% из тех, кто пробовал героин, развивается зависимость. Показатель зависимости в 9% среди потребителей каннабиса может показаться невысоким, но учитывая общее количество людей, употребляющих каннабис, это приводит к большому числу лиц с расстройством, вызванным употреблением каннабиса. Вызывает некоторую обеспокоенность тот факт, что распространенность расстройств, вызванных употреблением каннабиса, растет, несмотря на стабильный показатель потребления (Compton et al, 2004). Такой тенденции могут способствовать такие факторы, как повышение доступности каннабиса, доступного на улицах, а также более ранний возраст начала употребления. Особенно тревожен факт более раннего начала употребления, так как это сильный предиктор как связанных с употреблением психоактивных веществ, так и психических нарушений у молодых людей (Degenhardt et al, 2003; Fergusson et al, 2002; Gfroerer et al, 2002)

Рисунок G.2.1 Процент учеников 12-х классов, сообщавших о курении марихуаны и сигарет за последний месяц, с 1975 по 2011 гг.



Источник: Monitoring the Future study, University of Michigan

Степень тяжести

Феноменология расстройств, вызванных употреблением каннабиса, во многих отношениях кажется достаточно похожей на феноменологию других расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (Budney, 2006). Взрослые, находившиеся на лечении по поводу расстройства, вызванного употреблением каннабиса, употребляли это вещество ежедневно на протяжении 10 лет и многократно совершали неудачные попытки бросить (Budney, 2006; Copeland et al, 2001; Stephens et al, 2002). Они испытывали весь диапазон симптомов злоупотребления или зависимости. Например, они сообщали, что продолжали употреблять каннабис, несмотря на социальные, психологические и физические проблемы, связанные с их употреблением; они воспринимали себя как людей, неспособных остановиться, и большинство из них испытывали симптомы абстинентного синдрома, когда внезапно прекращали употребление. Более того, они признавали, что имели семейные и межличностными проблемы, связанные с употреблением, а также финансовые трудности, упадок сил и низкую самооценку, неудовлетворенность уровнем собственной продуктивности, проблемы со сном и памятью и низкую удовлетворенность жизнью (Gruber et al, 2003; Stephens et al, 2002).

Несмотря на то, что феноменология расстройств, вызванных употреблением каннабиса, имеет много общего с феноменологией других подобных расстройств, она отличается от них степенью тяжести (Budney, 2006; Budney et al, 1998). В среднем, лица с каннабисной зависимостью не удовлетворяют стольким же DSM-критериям зависимости, как индивиды с кокаиновой, алкогольной или опиоидной зависимостью. Абстиненция вызывает дискомфорт, но не связана с большими рисками для здоровья, а сопутствующие проблемы со здоровьем и психологические последствия, хотя действительно имеют место, в среднем не настолько тяжелые. Несмотря на такой более мягкий синдром зависимости, прекращение употребления каннабиса после того, как сформировалось проблематичное потребление, не кажется более легким, чем попытки прекратить употреблять другие наркотики (см. ниже раздел, посвященный лечению).

Прием на лечение

Параллельно с увеличением числа случаев расстройств, вызванных употреблением каннабиса, количество первичных поступлений на лечение в некоторых странах (например, США, Австралия) выросло настолько, что процентное отношение лиц, находящихся на лечении по поводу каннабисной зависимости, сопоставимо с процентом тех, кто проходит лечение по поводу расстройств, вызванных употреблением кокаина и героина. Это может быть связано с увеличением количества людей, у которых развиваются расстройства, вызванные употреблением каннабиса с тем, что более популярной и приемлемой становится необходимость в лечении, а также с большей доступностью специфических методов лечения. Более того, наличие таких программ лечения может повышать степень информированности о способности каннабиса вызывать зависимость, что может приводить к тому, что больше потребителей каннабиса задумается о том, что, возможно, это может быть серьезной проблемой и для них.

У подростков каннабис является психоактивным веществом, в употреблении которого они чаще всего признаются при поступлении на лечение (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008). В США около 40% из числа поступивших на лечение по поводу расстройства, вызванного употреблением каннабиса, составили лица моложе 20 лет. Подростки оказываются более чувствительными к развитию расстройств, вызванных употреблением каннабиса, чем взрослые, на что указывает более быстрое развитие расстройства, начиная с момента первого употребления. Вполне очевидно, что необходимы эффективные, легкодоступные методы лечения, разработанные специально для расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ и особенно для подростков.

Резюме

Результаты растущего числа мультидисциплинарных исследований указывают на то, что дискуссии по поводу того, способно ли употребление каннабиса приводит к зависимости или наркомании, следует рассматривать как устаревшие. Злоупотребление каннабисом и зависимость от этого химического вещества довольно распространенное явление и может ассоциироваться со значительными негативными последствиями. Более того, последствия употребления каннабиса отражают важную проблему здравоохранения, которая требует постоянного внимания и действий, направленных на разработку более эффективных терапевтических и профилактических вмешательств.

ЭФФЕКТ «ВХОДНЫХ ВОРОТ»

Каннабис описан как вводящий наркотик или «входные ворота», так как его употребление обычно предшествует употреблению «тяжелых» наркотиков, таких как кокаин и героин, и у потребителей каннабиса более высокая вероятность (чем у тех, кто не употребляет) употребления героина или кокаина в течение жизни. Такого рода данные, в дополнение к высоким показателям коморбидности расстройств, вызванных употреблением каннабиса и расстройств, вызванных употреблением других психоактивных веществ, поднимают вопрос: существует ли причинная связь между употреблением каннабиса и употреблением либо злоупотреблением другими веществами. Хотя употребление каннабиса часто предшествует употреблению других наркотиков, то же самое можно утверждать в отношении алкоголя и табака. В последнее время стало более очевидным, что время первого употребления разных веществ варьирует в территориальном и культуральном плане, что свидетельствует о том, что началу потребления в большей степени способствуют социальные факторы и доступность наркотиков. Утверждение, что каннабис является входными воротами к употреблению других наркотиков основано на следующих гипотезах:

- Нейробиологический эффект употребления каннабиса может повышать чувствительность к желаемым эффектам других психоактивных веществ
- Каннабис создает благоприятные возможности для доступа к другим психоактивным веществам, так как потребитель контактирует с теми, кто употребляет или продает другие наркотики

- Употребление каннабиса может воздействовать на когнитивное функционирование и принятие решений и, таким образом, влиять на выбор: принимать или не принимать другие наркотики
- Общие внутриличностные и средовые характеристики, в целом, определяют риск употребления психоактивных веществ (например, проблемы с поведением, район проживания, нейробиология, факторы, связанные с родителями).

Исследования показывают, что генетические, средовые факторы и предшествующие факторы риска ответственны за большинство, но не за все случаи связи между ранним началом употребления каннабиса и дальнейшим употреблением других наркотиков, что указывает на то, что все эти гипотезы достойны обсуждения (Agrawal et al, 2007; Lysnkey et al, 2006). Однако каждый из этих факторов мог бы также объяснить и альтернативные последовательности начала употребления наркотиков.

СКРИНИНГ, ОЦЕНКА И ДИАГНОЗ

Диагностическая оценка употребления каннабиса и расстройств, вызванных его употреблением, проводится так же, как и в случае других психоактивных веществ, с использованием диагностических критериев для клинических диагнозов, изложенных в DSM или Международной классификации болезней (МКБ). Для постановки диагноза расстройств, вызванных употреблением каннабиса лучше всего использовать структурированные или полуструктурированные диагностические интервью (например, Структурированные клинические интервью для DSM-IV, англ. – Structured Clinical Interview for DSM-IV [SCID]). Кроме того, доказана надежность Шкалы степени тяжести зависимости (англ. – Substance Dependence Severity Scale) в проведении диагностической оценки зависимости у лиц, употребляющих каннабис; шкала состоит из пяти вопросов, и разработана для оценки степени тяжести зависимости (Miele et al, 2000).

Разработаны также несколько специфических инструментов для скрининга проблемного употребления каннабиса (Piontek et al, 2008). Например, Тест на выявление расстройств, вызванных употреблением каннабиса (The Cannabis Use Disorder Identification Test) представляет собой короткий скрининг-инструмент для диагностики злоупотребления или зависимости в соответствии с DSM-IV (Anaheim et al, 2008). Вопросник по проблемам, связанным с употреблением каннабиса (The Cannabis Problems Questionnaire) имеет две версии: для взрослых и для подростков, которые позволяют оценить степень тяжести проблем, связанных с каннабисом (Copeland et al, 2005; Martin et al, 2006). Скринирующий опросник употребления марихуаны (The Marijuana Screening Inventory) (Alexander & Leung, 2006) позволяет оценить модели употребления и выявить клинические случаи.

Стандартные инструменты, с помощью которых оцениваются все типы проблем с употреблением психоактивных веществ, имеют более длинную историю, и их психометрические свойства подтверждены большим количеством исследований, чем инструменты, специфичные для употребления каннабиса. Для подростков

разработан опросник CRAFFT (аббревиатура, составленная из первых букв слов, содержащихся в каждом из вопросов – С – CAR (автомобиль), R – RELAX (расслабляться), A – ALONE (в одиночестве) F – FORGET (забывать), F – FRIENDS (друзья), T – TROUBLE (проблема)), содержащий 6 вопросов, позволяющих провести скрининг на рискованное употребление алкоголя или употребление других наркотиков (см. Таблицу G.2.2). Этот вопросник продемонстрировал великолепные психометрические качества при использовании его у подростков, к числу его достоинств относится то, что он заполняется самим испытуемым и может быть использован в разнообразных медицинских или учебных учреждениях (Knight et al, 2002). Положительный скрининг с использованием CRAFFT указывает на необходимость дальнейшего обследования на наличие расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

Таблица G.2.2 Скрининг подростков на наличие проблем с психоактивными веществами: вопросник CRAFFT (аббревиатура, составленная из первых букв слов, содержащихся в каждом из вопросов – С – CAR (автомобиль), R – RELAX (расслабляться), A – ALONE (в одиночестве) F – FORGET (забывать), F – FRIENDS (друзья), T – TROUBLE (неприятность))

С	Вы когда-нибудь селись в АВТОМОБИЛЬ , за рулем которого находился человек (включая вас) в состоянии алкогольного опьянения, под действием наркотиков или «под кайфом»?
R	Вы когда-нибудь употребляли алкоголь или наркотики для того, чтобы РАССЛАБИТЬСЯ , самоутвердиться или «вписаться»?
A	Вы когда-нибудь употребляли алкогольные напитки или наркотики без друзей, В ОДИНОЧКУ ?
F	Вы когда-нибудь ЗАБЫВАЕТЕ то, что делали под влиянием алкогольных напитков или наркотиков?
F	Ваши родственники или ДРУЗЬЯ когда-нибудь говорили вам, что вам нужно меньше пить или употреблять меньше наркотиков?
T	Вы когда-нибудь попадали в НЕПРИЯТНОСТИ , находясь под влиянием алкогольных напитков или наркотиков?

Два инструмента были первоначально разработаны для оценки изменений в ходе лечения, а не для скрининга или диагностики; это – Опросник по проблемам употребления марихуаны (Marijuana Problem Inventory) и Опросный лист по абстинентному синдрому при употреблении марихуаны (Marijuana Withdrawal Checklist). Опросник по проблемам употребления марихуаны позволяет провести оценку тяжести последствий употребления каннабиса, (Marijuana Treatment Project Research Group, 2004), а также является эффективным показателем реакции на лечение. Опросный лист по абстинентному синдрому при употреблении марихуаны может быть использован для оценки симптомов синдрома отмены в анамнезе, но наиболее часто этот инструмент применялся в



«Millon Porros» – демонстрация за легализацию употребления каннабиса в Мадриде в 2008 г.

научных исследованиях для оценки динамики симптомов отмены на ранних стадиях абстиненции (Budney et al, 2003). Такого рода данные можно использовать для оценки и реализации стратегий лечения проблем, связанных с отменой. Еще один диагностический инструмент – Шкала каннабисной абстиненции (Cannabis Withdrawal Scale) находится на стадии разработки и имеет потенциал использования в клинических условиях (Allsop et al, 2011).

Тестирование на употребление каннабиса

Тестирование на предмет доказательств недавнего употребления каннабиса является жизненно важным инструментом и для скрининга, и для оценки эффективности лечения, так как многие лица могут быть заинтересованы в том, чтобы скрыть правду об употреблении вещества. В наличии множество разнообразных надежных и достоверных тестов на содержание ТГК и его метаболитов в моче. Не сложные и недорогие методики с использованием тест-полосок дают качественный результат (да/нет) в среднем в течение 2–5 минут. Доступны также другие, более сложные и утонченные техники (например, газовая хроматография-масс-спектрометрия), однако они требуют наличия дорогого оборудования и транспортировки в лабораторию. Самое важное то, что надежность и достоверность любого из тестов будет высокой только в том случае, если процедура забора материала гарантирует чистоту образца, что можно обеспечить путем:

- Наблюдения за забором материала для теста
- Измерения температуры, а также анализа концентрации мочи и наличие примесей
- Проведения тестирования персоналам, специально обученным безошибочно интерпретировать результаты (Carr, 2006).

Достаточно широко распространены заблуждения относительно тестирование мочи на содержание каннабиса, а к самой процедуре нередко относятся со скептицизмом. Клинический персонал должен совершенствовать опыт по сбору образцов, соблюдению протоколов тестирования и интерпретированию результатов.

Можно также использовать образцы слюны и волос. Однако эти технологии имеют ограничения, связанные с временным интервалом, в течение которого может быть проведено тестирование на употребление каннабиса. Например, современные методы тестирования слюны позволяют выявлять только очень недавнее употребление, тогда как исследование волос дает возможность обнаруживать достаточно отдаленное по времени употребление, но всегда есть потенциальная возможность получить ложноположительные результаты вследствие пассивного курения марихуаны. Подводя итог вышесказанному, можно утверждать, что использование любого из биологических методов скрининга требует глубоких познаний, чтобы способствовать надежному и достоверному тестированию и интерпретации результатов.

ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОД

Люди, зависимые от каннабиса, обычно употребляют наркотик несколько раз в день, могут сомневаться относительно его негативных эффектов, признают разнообразные, ощущаемые ими положительные эффекты, к тому же каннабис стоит относительно недорого; все эти факторы значительно осложняют отказ от употребления. Исследования, проведенные среди прошедших лечение взрослых и подростков, указывают на то, что наблюдаемые после завершения лечения показатели абстиненции и рецидивов очень похожи на те, что отмечаются при расстройствах, вызванных употреблением других психоактивных веществ (Budney, 2007; Waldron & Turner, 2008). Ниже мы обсуждаем подходы в лечении подростков.

Большинство данных об эффективности лечения подростков с расстройствами, вызванными употреблением каннабиса, получены в результате исследований с участием молодых людей, которые употребляли разнообразные психоактивные вещества, исходя из предположения, что у большинства из них первичными были расстройства, вызванные каннабисом. Разнообразные виды поведенческих (бихевиоральных) вмешательств продемонстрировали обнадеживающие результаты в рандомизированных клинических испытаниях, в том числе (Stanger & Budney, 2010; Waldron & Turner, 2008):

- Групповая и индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)
- КПТ в сочетании с терапией усиления мотивации
- Терапия усиления мотивации или КПТ в сочетании с управлением непредвиденными обстоятельствами, консультированием по подкреплению сообществом, функциональной семейной терапией, многомерной семейной терапией.
- Мультисистемная терапия
- Короткая стратегическая семейная терапия
- Сеть поддержки семей
- Семейная поведенческая терапия.

Терапия усиления мотивации и КПТ вмешательства, которые были протестированы, по объему и длительности не отличались от вмешательств, применявшихся у взрослых. Семейно-ориентированные вмешательства используют преимущества социальных сетей (родители, школьные и другие общественные организации), которые довольно специфичны для подростков. Эти вмешательства, как правило, включают в себя усилия, направленные на неадаптивные семейные паттерны, способствующие употреблению наркотиков (например, употребление наркотиков родителями, проблемы взаимоотношений между родителями и детьми, контроль со стороны родителей), используют ресурсы школы и системы уголовного правосудия и занимаются проблемами, которые могут ассоциироваться с друзьями и сверстниками из ближайшего окружения подростка. Несмотря на отсутствие опубликованных эмпирических данных (Dennis et al, 2004; Hendriks et al, 2011), некоторые утверждают, что такие поведенческие, семейные подходы дают более эффективный результат, чем те, в которых отсутствует семейный компонент.

Вместе с тем, даже при использовании самых эффективных, протестированных на данный момент, вмешательств наблюдаемое снижение частоты потребления наркотического вещества было умеренным и сложно было продемонстрировать стойкое влияние на показатель воздержания от употребления (абстиненции). В самом большом, опубликованном на сегодняшний день, клиническом исследовании 600 подростков с расстройствами, вызванными употреблением каннабиса получали один из пяти методов лечения (Dennis et al, 2004):

- Терапия усиления мотивации и КПТ5 (2 индивидуальных и 3 групповых сеансов)
- Терапия усиления мотивации и КПТ12 (2 индивидуальных и 10 групповых сеансов)
- Терапия усиления мотивации и КПТ12 плюс сеть поддержки семей
- Консультирование по подкреплению со стороны подросткового сообщества
- Мультисистемная семейная терапия.

До определенной степени значительное сокращение употребления и ослабление симптомов расстройств, вызванных употреблением каннабиса, было отмечено при использовании каждого из методов терапии. Тем не менее, около двух третей молодых людей продолжали испытывать характерные симптомы, связанные с употреблением наркотика. То есть, многие не добились абстиненции или значительного сокращения употребления каннабиса, и многие из тех, у которых лечение первоначально было успешным, вернулись к употреблению. Такие умеренные результаты сходны с полученными при более ранних исследованиях, в которых оценивались вышеупомянутые ориентированные на семьи и индивидуальные/групповые терапии, что указывает на острую необходимость в дальнейшей разработке более эффективных терапевтических моделей и вмешательств для подростков (Compton & Pringle, 2004).

Вмешательства, основанные на принципах управления непредвиденными обстоятельствами

Проведенная недавно оценка нового вмешательства, основанного на принципах управления непредвиденными обстоятельствами, продемонстрировала обнадеживающие результаты в плане улучшения результатов лечения подростков, страдающих расстройствами, вызванными употреблением каннабиса (описанного также в Главе G1). Вмешательства по управлению непредвиденными обстоятельствами основаны на достижениях фундаментальной науки и данных клинических исследований, которые показывают, что употребление и злоупотребление наркотиками восприимчиво к последствиям употребления, проявляющимся во внешней среде, т.е. непредвиденными обстоятельствами подкрепления и наказания (Higgins et al, 2004).

Управление непредвиденными обстоятельствами может помочь справиться с целым рядом важных ситуационных факторов, влияющих на эффективность лечения. Во-первых, подростки редко обращаются за помощью добровольно, чаще всего их доставляют на лечение родители (либо после обнаружения самого факта употребления, либо в связи с проблемами дома или в школе, связанными с употреблением) или полицией. Соответственно, подростки часто не воспринимают

употребление ими каннабиса, как проблему, и мотивация к тому, чтобы прекратить употребление и сохранять абстиненцию, как правило, низкая. Родители, наоборот, считают употребление марихуаны серьезной проблемой и мотивированы предпринимать соответствующие действия. Управление непредвиденными обстоятельствами, как было описано Stanger и коллегами (Kamon, 2005; Stanger, 2009), решает эти проблемы с помощью:

- Программы стимулирования, мотивирующей подростков и вознаграждающей их за отказ от употребления наркотиков, в том числе использующей ощутимые средства поощрения за зафиксированное воздержание от всех психоактивных веществ
- Бихевиорального вмешательства для родителей, которое фокусируется на разработке и реализации контракта о поддержании абстиненции, обязывающего родителей предоставлять ощутимое вознаграждение за воздержание от употребления наркотиков и обеспечивать негативные последствия при доказательствах продолжающегося употребления, и
- Средств поощрения, которые мотивируют и вознаграждают родителей за выполнение обучающей программы для родителей и соблюдение контракта.

Таблица G.2.3 Злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте: управление непредвиденными обстоятельствами*

Компоненты вмешательства	Описание
Терапия усиления мотивации/КПТ	<p>Подростки получают индивидуальное консультирование, включающее в себя два сеанса терапии усиления мотивации, за которыми следуют 10 сеансов КПТ. Сеансы направлены на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Позитивные и негативные последствия употребления вещества • Цели подростка на будущее и в отношении лечения • Навыки, имеющие отношение к употреблению психоактивных веществ (навыки отказа, предупреждения срывов, умения справляться с тягой) • Общие жизненные навыки (решение проблем, управление настроением, умение владеть собой).
Управление непредвиденными обстоятельствами на базе клиники	<ul style="list-style-type: none"> • Подростки получают средства поощрения при каждом визите • Ценность средства поощрения при документально зафиксированной абстиненции повышается по мере поддержания ее непрерывности • Возвращение к употреблению или непредоставление образцов для тестирования возвращает ценность ваучера к исходной, однако восстанавливается до его максимального значения (до срыва) после трех последовательных негативных тестов <p>Подростки, поддерживающие абстиненцию до 14 недель, могут заработать ваучеры общей стоимостью \$590.</p>

Компоненты вмешательства	Описание
Тестирование мочи два раза в неделю	Для осуществления программы управления непредвиденными обстоятельствами необходимо объективное тестирование на предмет употребления психоактивных веществ. Такое тестирование также необходимо для достоверной оценки достигаемого прогресса в лечении. Два раза в неделю подростки предоставляют образцы мочи, которые тестируются непосредственно в клинике, при этом результаты тестирования сообщаются подростку, родителям и персоналу клиники.
Контракт о контроле за употреблением психоактивных веществ	Родители составляют контракт, уточняющий, какое вознаграждение будет получать подросток после каждого полунедельного периода абстиненции (зафиксированной в отчете, составляемом подростком и родителями, подтвержденной тестированием на содержание наркотиков в моче и на наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе – см. в качестве образца Приложение G.2.1). Родители также уточняют, какие последствия ожидают подростка в случае употребления, на срок до следующего периода задокументированной абстиненции.
Курс обучения умениям справляться с проблемами в семье	В ходе курса обучения в рамках «программы переходного подросткового периода» родителей обучают основным принципам и навыкам ослабления проблемного поведения и усиления просоциального (Dishion & Kavanagh, 2003).
Средства поощрения для родителей	Родители получают средства поощрения за: <ul style="list-style-type: none"> • Посещение сеансов • Посещение с подростком процедур тестирования мочи • Выполнение заданий по наблюдению за поведением подростка дома • Документирование изменений родительской компетентности, и • Выполнение контракта о контроле за употреблением психоактивного вещества <p>Обычно в течение 14-недельной программы родители зарабатывают около \$100</p>

* Stanger et al (2009).

Эти компоненты управления непредвиденными обстоятельствами сочетаются с еженедельными сеансами терапии усиления мотивации/КПТ, а также с тестированием мочи на содержание наркотиков и выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя (см. Таблицу G.2.3 и Приложение G.2.1).

Программа мотивации, реализуемая в клинике

Подростки получают вознаграждение каждый раз, когда они предоставляют образцы мочи, которые дают негативный результат при тестировании на содержание каннабиса или других наркотиков. Кроме того, чтобы получить вознаграждение родители должны подтвердить, что подросток не употреблял алкоголь с момента последнего по графику тестирования мочи. Родителей обеспечивают доступным анализатором выдыхаемого воздуха и инструктируют, как им пользоваться. Средства поощрения имеют денежную ценность, которая повышается с каждым последующим отрицательным тестом мочи и подтверждением со стороны родителей. Наличные деньги не выдаются, вместо них используются подарочные кредитные карты/сертификаты от различных розничных торговцев.

Программа управления непредвиденными обстоятельствами, реализуемая родителями

Ожидается что родители:

- Будут моделью подходящего поведения относительно употребления психоактивных веществ
- Повысят контроль за поведением своих детей
- Научатся разрабатывать и воплощать недвусмысленные, последовательные и эффективные дисциплинарные меры в отношении употребления наркотических веществ
- Разработают эффективные способы мотивации к воздержанию от употребления наркотиков.

Терапевты помогают родителям составить контракт (см. Приложение G.2.1), который будет включать специфические позитивные и негативные дисциплинарные меры, которые родители будут применять в ответ на результаты тестов мочи и выдыхаемого воздуха.

Объективное тестирование

Объективное тестирование на предмет употребления психоактивных веществ необходимо для осуществления программы управления непредвиденными обстоятельствами, основанной на абстиненции, а также для достоверной оценки прогресса в лечении. Подростки редко обнаруживают высокую мотивацию к воздержанию и, как правило, сталкиваются также с негативными дисциплинарными мерами со стороны родителей, школы или правосудия по делам несовершеннолетних, если продолжают употреблять наркотики. Таким образом, они мотивированы давать неточную информацию об употреблении, манипулировать процедурами объективного тестирования или избегать их. Подростки на протяжении всего курса лечения два раза в неделю, в соответствии с графиком, сдают образцы мочи непосредственно перед началом сеанса консультации под прямым наблюдением персонала. Образцы немедленно подвергаются тестированию на наличие каннабиса, кокаина, опиоидов, бензодиазепинов, амфетаминов и метамfetамина, а результаты сообщаются подростку, родителям и терапевту, по возможности, в течение

10–15 минут. Тестирование на наличие нежелательных примесей проводится для исключения разбавления мочи и попыток исказить результаты.

В случае каннабиса, для того, чтобы получить достоверный негативный результат (например, для карбоксильной кислоты ТГК (ТГК-СООН) пороговое значение составляет 50 нг/мл) необходимо воздерживаться от употребления около двух недель (а иногда и дольше). Это время крайне изменчиво и зависит от индивидуальных физиологических особенностей, длительности и количества употребляемого каннабиса и уровня активности за последнее время. В исследовании программы управления непредвиденными обстоятельствами, проведенном Stanger et al (2009), а также в подобных исследованиях с участием взрослых испытуемых, реализация программы стимулирования откладывалась на две недели. Подросткам четко объясняли и неоднократно напоминали о необходимости воздерживаться от употребления 1 – 2 недели до проведения тестирования мочи, для того чтобы получить отрицательный результат на содержание в ней каннабиса. Тестирование на содержание в моче других наркотиков, как правило, проводилось через 3–7 дней после последнего употребления для того, чтобы получить отрицательный результат в соответствии со стандартными пороговыми значениями для этих веществ.

Результаты

Программа управления непредвиденными обстоятельствами, сочетавшаяся с терапией усиления мотивации и КПТ, сравнивалась с вмешательством, которое включало в себя терапию усиления мотивации, КПТ, еженедельные обучающие сеансы для родителей и основанную на посещаемости программу вознаграждения. Оба вмешательства включали тестирование мочи два раза в неделю, при этом результаты незамедлительно сообщались родителям и подростку. Группа управления непредвиденными обстоятельствами демонстрировала более высокие показатели соблюдения абстиненции во время лечения, чем сравниваемое вмешательство, однако этот эффект не был таким же однозначным при оценках, проведенных после завершения лечения. В целом, показатели каннабисной абстиненции у обоих методов лечения были относительно высокими, по сравнению с полученными в более ранних исследованиях, что указывает на то, что возможно сравниваемый метод также заслуживает дальнейшей оценки для определения его эффективности. Программа тестирования мочи два раза в неделю с систематическим сообщением результатов родителям, проводившаяся в обоих вмешательствах, была в этом исследовании уникальной, и сама по себе может быть активным компонентом.



Объявление об общественной программе для родителей

Сохранение эффектов лечения

Заслуживает внимания одно из вмешательств, так называемое «настойчивое непрерывное наблюдение» (англ. – *assertive continuing care*), направленное на сохранение достигнутых результатов в лечении (сокращение частоты рецидивов) (Godley

et al, 2007). При проведении настойчивого непрерывного наблюдения подростки после выписки из стационарного лечебного учреждения передаются под наблюдение специалиста по ведению конкретных случаев (*case manager*) на протяжении 90 дней. Такой специалист еженедельно посещает подростка на дому с целью вовлечения его в другие рекомендованные мероприятия и виды помощи, формирование новой системы социальной поддержки с просоциальным поведением и, в целом, для закрепления стратегий поддержания абстиненции. По результатам рандомизированного исследования, в котором настойчивое непрерывное наблюдение сравнивалось с обычным наблюдением, первое оказалось более эффективным в плане вовлечения и дальнейшего удержания подростков в программе и приводило к более высоким показателям длительного воздержания от каннабиса.

Фармакотерапия

Стимулом к проведению исследований по изучению медикаментов, которые могут быть использованы в лечении расстройств, вызванных употреблением каннабиса, было растущее осознание необходимости в лечении этих расстройств в сочетании с новыми данными о каннабисном абстинентном синдроме, а также лучшее понимание эндогенной каннабиноидной системы (Benyamina et al, 2008; Hart et al, 2005; Nordstrom & Levin, 2007; Vandrey & Haney, 2009). К сожалению, на данный момент отсутствуют какие-либо твердые доказательства в поддержку какого-либо специфического лекарственного средства – таким образом, нет лекарственных средств, одобренных регулятивными органами для лечения расстройств, вызванных употреблением каннабиса. Среди многих опубликованных лабораторных исследований и нескольких клинических испытаний, только в одном исследовании оценивалось медикаментозное лечение расстройств, вызванных употреблением каннабиса среди подростков или молодых людей. Одно небольшое открытое исследование N-ацетилцистеина (лекарственный препарат, влияющий на уровень глутамата) продемонстрировало обнадеживающие результаты в снижении показателя употребления каннабиса у лиц в возрасте 18 – 21 лет с расстройством, вызванным употреблением каннабиса (Gray et al, 2010). Предварительные результаты контролируемого катамнестического исследования дополнительно подтверждают потенциальную эффективность этого лекарственного препарата.

Исследования медикаментов направлены на изучение разных механизмов. Например, лекарственные препараты из группы *агонистов* обладают одинаковым механизмом действия с ТГК, и могут как замещать каннабис, так и притуплять эйфорический эффект при употреблении этого вещества (в случае срыва), а также использоваться кратковременно для снятия симптомов абстинентного синдрома; *антагонисты* рецептора CB1 могут снижать связывание с рецептором и, таким образом, ослаблять эйфорический эффект при употреблении каннабиса или, вероятно, вызывать появление симптомов абстиненции в случае обратного агониста. Несмотря на то, что появились многообещающие данные об использовании антагониста – *римонабанта*, из-за соображений по поводу его безопасности (т.е. предположительно способен вызывать депрессивную симптоматику и суицидальность), исследование было закрыто, а его применение приостановлено.

Еще один подход заключался в том, чтобы протестировать медикаменты, которые могут приводить к облегчению проявлений синдрома отмены или снижения выраженности неодолимого желания употребить наркотик или тяги. На сегодняшний день, большинству исследований не удалось найти лекарственные препараты, которые напрямую удовлетворяли бы требованиям такого подхода. Два препарата, которые способствуют улучшению сна, лофексидин и золпидем, указали на некоторые перспективы в плане облегчения абстинентного синдрома, особенно проблем со сном, которые возникают при внезапном прекращении употребления каннабиса.

Вторичная профилактика

Методика «комплексного обследования», первоначально разработанная для охвата взрослых потребителей с амбивалентным отношением к прекращению употребления или не воспринимавших свое употребление как какую-либо проблему (Stephens et al, 2007), недавно была адаптирована для использования у подростков. В первоначальном исследовании методика комплексного обследования была протестирована на подростках, учениках 9 – 12-х классов, которые употребляли каннабис, по меньшей мере, девять раз за последний месяц (Walker et al, 2006). Обследование включало в себя компьютеризированную диагностическую оценку и два тридцатиминутных сеанса усиления мотивации. Подростки были отобраны для участия в исследовании с помощью рекламных объявлений и лекций по санитарному просвещению, а затем рандомизированы в две группы: комплексного обследования и отсроченного лечения через 3 месяца. У подростков значительное сокращение употребления марихуаны отмечено в обеих группах, т.е. межгрупповых отличий не наблюдалось. Во втором исследовании аналогичной выборки подростков сравнивались такие же короткие сеансы усиления мотивации с методикой «образования с контролем, через обратную связь» и контрольной группой отсроченной обратной связи (Walker et al, 2011). В двух группах активного лечения отмечено сокращение употребления каннабиса через 3 месяца, при этом более выраженное сокращение наблюдалось в группе усиления мотивации. Обе группы продемонстрировали снижение уровня потребления через 12 месяцев с отсутствием межгрупповых отличий. Тремя дополнительными исследованиями было показано, что короткие вмешательства, основанные на технике усиления мотивации перспективны в плане сокращения употребления среди подростков вне терапевтических условий (Martin & Copeland, 2008; McCambridge & Strang, 2004; Winters & Leitten, 2007). Эта группа исследований четко демонстрирует, что подростков можно привлечь к участию в краткосрочных вмешательствах, направленных на прекращение употребления каннабиса. Следует отметить, что среди подростков, вовлеченных в такие вмешательства наиболее вероятным результатом будет именно сокращение, а не воздержание от употребления (абстиненция).

Таким образом, разработан целый ряд поведенческих и семейных психологических вмешательств, которые оказались эффективными в лечении расстройств, вызванных употреблением каннабиса у подростков. К сожалению, как и в случае

лечения взрослых, так и в случае лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ в целом, применение этих вмешательств дает умеренные показатели абстиненции. Одним из способов повышения этих показателей является внедрение программ управления непредвиденными обстоятельствами, но и в этом случае многие подростки не реагируют на этот подход. Очевидно, что для того, чтобы лучше предупреждать и удовлетворять требования тех, кто испытывает проблемы, связанные с употреблением каннабиса, потребуется дальнейшая разработка эффективных методов лечения.

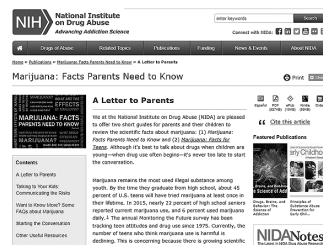
ФАКТОРЫ РИСКА

Кроме упомянутого выше генетического риска, развитию расстройства, вызванного употреблением каннабиса (или в целом расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ), способствуют также факторы окружающей среды. Возможно самый важный из них – это доступность вещества. Вследствие высокого спроса и простоты выращивания, каннабис является самым широкодоступным запрещенным наркотиком в мире. На доступность и показатели потребления, по всей вероятности, влияет правовая политика относительно хранения каннабиса. Несмотря на то, что некоторые утверждают, что «легальное употребление», как, например, в Нидерландах, где по закону допускается употребление каннабиса взрослыми и регулируемая продажа небольших количеств, на самом деле, не повышает показатели частоты употребления и распространенности расстройств, вызванных употреблением каннабиса, это может объясняться тем, что каннабис и так широко доступен и распространен даже в тех странах, где его хранение и продажа запрещены законом. В США, где каннабис относится к числу нелегальных наркотиков, подростки могут его приобрести почти также легко, как алкоголь или табак (Johnston et al, 2009).

К другим значимым прогностическим факторам употребления каннабиса, и расстройства, связанного с его употреблением, относятся:

- Делинквентное поведение
- Беспорядочная обстановка в семье
- Низкий социально-экономический статус
- Другая психопатология
- Низкий воспринимаемый риск вреда
- Употребление других психоактивных веществ
- Употребление сверстниками
- Употребление другими членами семьи.

Более того, раннее начало употребления повышает вероятность развития расстройства, вызванного употреблением каннабиса, любого расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, а также других психических заболеваний.



Публикации NIDA «Марижуана: факты, о которых должны знать родители»: <https://www.drugabuse.gov/publications/marijuana-facts-parents-need-to-know/letter-to-parents>

«Марижуана: факты для подростков»: <https://www.drugabuse.gov/publications/marijuana-facts-teens/letter-to-teens>

ПРОФИЛАКТИКА

Учитывая тот факт, что сложно добиться значительного успеха в лечении расстройств, вызванных употреблением каннабиса, первостепенную важность приобретают профилактические усилия, направленные на ослабление негативных последствий, связанных с употреблением каннабиса и соответствующими расстройствами. Цели и стратегии профилактики такие же, как и при других зависимостях и сфокусированы на факторах, перечисленных выше. Образовательно-информационные кампании, социальная политика, сообщения о марихуане в средствах массовой информации, которые повышают вероятность восприятия каннабиса, как потенциально вредного и вызывающего проблемы, способны снизить вероятность и отсрочить начало употребления. Не менее важными целями являются также предоставление информации родителям и обучение их эффективным методам обсуждения и решения проблем употребления психоактивных веществ как в целом, так и имеющих отношение к употреблению каннабиса, в частности (Stormshak et al, 2011). На целом ряде вебсайтов (упомянутых в этой главе) можно найти доброкачественную, научно-обоснованную информацию о том, как справляться с этими проблемами. Доступны также образовательные методики для подростков, также способные давать положительный эффект, сбалансированные, научно-обоснованные и рациональные, а не основанные на «тактике запугивания». В более широком смысле, более эффективными могут быть профилактические программы, реализуемые в школах (Porath-Waller et al, 2010; Rohrbach et al, 2010). И, наконец, результативными методами сокращения употребления каннабиса и отсрочивания первого употребления, могут быть углубленные общеобразовательные программы и вмешательства для молодежи с низким социально-экономическим статусом и высоким риском (Tobler et al, 2011).

МЕДИЦИНСКАЯ МАРИХУАНА И ЛЕГАЛИЗАЦИЯ

Споры, касающиеся возможности использования каннабиса в медицинских целях и его легализации, создают путаницу и вызывают недоверие к данным о каннабисе и возможных негативных последствиях и пользе. Эти вопросы заслуживают серьезного обсуждения, поскольку законы и нормативные акты могут сильно влиять на восприятие подростками риска и вреда, ассоциирующегося с каннабисом и, таким образом, на вероятность того, что они могут попробовать его или принимать решение употреблять регулярно.

Использование в медицине

В 1999 г. Институт медицины признал важность исследования рисков и пользы применения каннабиса и каннабиноидов при определенных медицинских состояниях. Опубликованные данные четко указывают на то, что ингредиенты каннабиса обладают потенциальным положительным эффектом при целом ряде заболеваний. Нет ничего удивительного в том, что пероральные препараты чистого

ТГК одобрены регулятивными органами многих стран для применения при какексии у больных СПИД и у больных раком, получающих химиотерапию. Синтетический каннабиноид *набилон* одобрен для применения у раковых пациентов, проходящих курс химиотерапии. Экстракт в виде аэрозоля для введения через слизистую ротовой полости, содержащий ТГК и каннабидиол, одобрен для использования в Канаде и Новой Зеландии для снятия мышечной спастичности у пациентов с рассеянным склерозом и нейропатической боли у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Однако важным остается вопрос, стоит ли рассматривать каннабис, употребляемый путем курения, как «лекарственное средство», которое может назначаться при определенных болезненных состояниях. Аргументы о дополнительной пользе курения каннабиса, по сравнению с пероральным и внутримышечным введением, связаны с более быстрым началом действия и абсорбцией ТГК при вдыхании дыма, а также возможном терапевтическом действии других ингредиентов, содержащихся в каннабисе (например, дельта-8-ТГК, и каннабидиол). Недостатком такого способа являются побочные эффекты от вдыхания дыма, воздействующего на респираторную систему, а также потенциальное канцерогенное действие; трудности с определением терапевтических доз и их достоверным регулированием через вдыхание дыма; высокая вероятность интоксикации; а также возможность развития расстройства, вызванного употреблением каннабиса со всеми его негативными социальными, когнитивными и бихевиоральными последствиями. В настоящее время доказательств для определения эффективности и безопасности специфических доз каннабиса, употребляемого путем курения по медицинским показаниям, недостаточно даже для того, чтобы регуляторные органы начали рассматривать возможность его одобрения.

Наши быстро растущие знания об эндогенной каннабиноидной системе повышают оптимизм относительно возможного использования каннабиноидов (действующие вещества гашиша и марихуаны) как лекарственных препаратов в таких областях, как лечение боли, нейромышечных и нейродегенеративных заболеваний, расстройств аппетита и питания, аутоиммунных заболеваний и других психиатрических расстройств (Budney & Lile, 2009). Целью такой работы является производство альтернативных синтетических, имеющих каннабиноидную основу, медикаментов, воспроизводящих предполагаемые позитивные эффекты употребляемого с помощью курения каннабиса при этом сводя к минимуму описанные выше проблемы. Этот путь возможно близок к тому, что был пройден при создании опиоидных лекарственных препаратов, которые были разработаны и появились на рынке как болеутоляющие средства, несмотря на их потенциальную возможность вызывать зависимость и выраженные побочные эффекты, но не имеют лекарственной формы для употребления посредством курения.

Дискуссии по поводу легализации каннабиса могут заметно влиять на то, как подростки могут воспринимать потенциальный вред, ассоциирующийся с упо-



Паровой ингалятор для употребления каннабиса

треблением каннабиса. Споры относительно его легального статуса ведутся с начала XX столетия. Группа сторонников каннабиса многие годы требует декриминализации и легализации, при этом в последнее время их усилия направлены на легализацию для медицинских целей. Аргументы в пользу легализации:

- Употребление алкоголя и злоупотребление причиняет больше вреда и требует больших материальных затрат
- Регулируемая и облагаемая налогом продажа каннабиса принесет фискальную выгоду для общества и обеспечит качественный контроль над распространением каннабиса
- Потенциал зависимости невысокий
- Снизит преступность, связанную с распространением, предотвратит наклеивание ярлыков преступников и будущие негативные последствия для арестованных, а также снизит затраты на судебное преследование
- Каннабис обладает полезными медицинскими свойствами
- Криминализация посягает на свободу личности.

Контраргументы звучат следующим образом:

- Психологические, общемедицинские и психиатрические последствия, связанные со злоупотреблением каннабисом и соответствующими расстройствами, реально существуют
- Снижение стоимости в сочетании с маркетингом/рекламой привело бы к повышению потребления и распространенности расстройств, вызванных употреблением каннабиса, особенно в уязвимых группах, таких как подростки и лица с низким социально-экономическим статусом
- Можно утверждать, что медицинским потенциалом обладают большинство запрещенных и способных вызывать зависимость веществ
- Легализация снизила бы воспринимаемый вред и повысила бы потребление, повышение потребления в результате приведет к учащению случаев управления транспортом под воздействием наркотиков и дорожно-транспортных происшествий.

Многие из этих мнений, выражаемых как сторонниками, так и противниками каннабиса имеют ценность. Лица, определяющие политику, которые вынуждены принимать решения относительно того, как обращаться с каннабисом в их культуре, сталкиваются с очень сложной задачей согласования многих факторов. На сегодняшний день большинство стран на стороне аргументов в пользу защиты правительством своего народа, включая и подростков, от потенциально вредных веществ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Чрезмерное употребление каннабиса, злоупотребление, зависимость и абстинентный синдром – реальные и относительно распространенные проблемы со значительными последствиями, представляющими собой явную проблему для общественного здравоохранения, особенно среди подростков и молодежи. Во многих отношениях, употребление каннабиса и развитие расстройства, вызванного употреблением каннабиса, сходны с подобными тенденциями, наблюдаемыми при злоупотреблении большинством психоактивных веществ. Разумной перспективой будет признать тот факт, что определенный уровень употребления каннабиса может и действительно приводит к пагубным последствиям. Как и в случае с другими психоактивными веществами, обладающими потенциалом зависимости, в том числе и алкоголем, большинство людей, которые только начинают употреблять каннабис не испытывают значительных последствий, однако другие употребляют чрезмерно, злоупотребляют или становятся зависимыми и испытывают неблагоприятный исход. К счастью, благодаря проведенным в последнее время исследованиям мы располагаем знаниями, позволяющими разрабатывать рекомендации по оценке, диагностике и лечению расстройств, вызванных употреблением каннабиса, а также направлять усилия по профилактике. Будем надеяться, что наука и далее будет предоставлять информацию, способствующую разработке новых, а также повышению доступности и эффективности существующих, клинических и профилактических вмешательств.



Кафе в Амстердаме,
в котором продается каннабис

ПРИЛОЖЕНИЕ G.2.1

КОНТРАКТ КОНТРОЛЯ ЗА УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА

Если у <имя подростка> анализ мочи на содержание наркотиков негативный (не выявлено или не подтверждено употребление каких-либо запрещенных наркотиков), и с момента последнего анализа не было положительных результатов тестирования выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя, или отказа от такого тестирования, я:

1. Похвалю за достижения!
2. Спрошу, как я могу помочь им продолжать усердно трудиться
3. Отмечу их достижения с помощью <список вознаграждений>:

Если у <имя подростка> анализ мочи на содержание наркотиков позитивный (выявлено или подтверждено употребление каких-либо запрещенных наркотиков), и/или с момента последнего анализа был положительный результат тестирования выдыхаемого воздуха на содержание алкоголя, и/или отказ от такого тестирования, и/или отказ от анализа мочи, я:

- Буду сохранять спокойствие!
- Не буду читать лекций и нравоучений
- Спрошу, чем я могу им помочь
- Выражу уверенность, что следующий раз у них получится лучше
- Использую следующие дисциплинарные меры:

Подпись родителей _____

Дата _____