

4. Jamali et al., "Enantioselective Aspects of Drug Action and Disposition: Therapeutic Pitfalls", *Journal of Pharmaceutical Sciences* 78(9): 695-715 (1989)
5. Management of insomnia in older adults SIVERTSEN and NORDHUS *Br. J. Psychiatry* 2007;190:285-286.
6. Najib J. Zopiclone, a nonbenzodiazepine sedative-hypnotic agent for the treatment of transient and chronic insomnia. [Review] [130 refs]. *Clin Ther* 2006;28:491-516.

MODIFICĂRI PSIHOPATOLOGICE DATORATE UTILIZĂRII CANABINOIZILOR

Olivia Cepoi, Dorina Nicolaescu, Cristina Cheptene

(Conducător științific, Inga Deliv, d.șt.m., cercetător științific al Laboratorului de Narcologie)
Catedra Psihiatrie și Narcologie, Facultatea de Perfecționare a Medicilor

Summary

Cannabinoids – induced psychopathological changes

Cannabis currently presents the most extensively - and illegally - used drug. It is estimated that 25 % of the population use it and that among the teenagers, the „experiences” of marijuana and the number of cannabis chronic users average those of alcohol or tobacco. Even though an important number of patients are affected, often it is not correctly evaluated and treated. In this article, 21 cases have been studied, these presenting an interest for studying the phenomenon. Besides, the information and actual data from different sources about the psychopathological peculiarities in cannabis users are presented.

Rezumat

Marijuana este actualmente drogul ilicit cel mai larg utilizat în lumea întreagă. Se estimează că circa 25% din populație îl utilizează, iar în rândul populației tinere de adolescenți „experiențele” cu marijuana și nivelul consumărilor cutumieri, se estimează a fi apropiat de cel al utilizatorilor de tutun sau alcool. Deși se întâlnește la un număr semnificativ de pacienți, ei adeseori nu beneficiază de o abordare corectă și de un tratament adecvat. În acest articol sunt expuse 21 cazuri care prezintă interes în ceea ce privește consumul de canabis. De asemenea, sunt raportate date actuale din literatura de specialitate privind particularitățile psihopatologice în utilizarea de canabis.

Actualitatea temei

Proprietățile „euforizante” ale canabisului sunt cunoscute încă din antichitate, fiind expuse în manuscrisele din China și India Antică. Prima mențiune despre efectele psihoactive ale cânepii o întâlnim în sanscrită, „din ea se vor obține hașișul, kif-ul, marijuana etc.” [3]. Utilizarea produselor preparate din cânepă a sosit în Europa (Spania) odată cu arabii. Studiul clinic al consumului de canabice începe în 1810 prin mai multe cercetări, care țin de numele lui Rouger, după care au urmat un șir de publicații: W. B. O. Shanghnessy (1838), J. Moren de Tours (1845), A. Brigham (1846), J. P. Hay (1860). În ele se cercetau proprietățile terapeutice ale canabisului [6; 8]. În SUA utilizarea cânepii în anii '60-70 ai secolului trecut și s-a extins epidemic manifestând primul său peak în 1979. În anii '80, în fosta URSS hașișomania ocupa locul doi după narcomania opioidă și constitua 20-30% din totalul drogdependențelor [2; 16; 17].

În Republica Moldova consumul de canabis a căpătat o răspândire largă la finele anilor '90, rămânând și în prezent cel mai utilizat drog în opinia tinerilor intervievați, conform datelor Dispensarului Republican de Narcologie [19].

Inițierea consumului stupefiantelor la adolescenți, în 62% cazuri are loc prin fumatul de canabis [1; 3; 5; 11].

Studiile recente au demonstrat că, substanțele psihoactive (cannabinoidii), ce se conțin în cânepă posedă acțiune narcotizantă. Cânepa conține circa 60 cannabinoidi, unii fiind biologic

activi, cel mai activ este trans-D-9-tetrahidrocannabinol (THC). Cea mai bogată în THC este cânepa indiană-*Cannabis Indica*, o varietate a speciei *Cannabis Sativa*, care este cultivată și în Republica Moldova. Din frunzele și porțiunile superioare ale tulpinei, uscate și mărunțite, se obține marijuana (în slang - „iarba, buruiană, cânepă”). Substanța „rășinoasă” uscată și presată poartă numele de hașiș („bang, kif, anașa, plan, hurus, as, pot”). Mai rar se folosesc rășina de canabis, uleiul de cânepă și tetrahidrocannabinolul sintetic. Concentrația de THC în marijuana este de 0,5-4%, în hașiș 2-8%, în uleiul de hașiș 15-50% [4; 7; 9].

În Republica Moldova cel mai frecvent se utilizează marijuana, calea principală de administrare este fumatul [16; 17]. În pofida faptului, că actualmente, problemei menționate i se acordă atenție sporită, totuși utilizarea canabisului preia o răspândire tot mai vastă, iar modificările psihopatologice datorate consumului de marijuana manifestă particularități specifice.

Scopul lucrării constă în studierea și trecerea în revistă a datele reflectate în literatura de profil privind modificările psihopatologice datorate utilizării canabioizilor.

Materiale și metode

Au fost consultate 45 surse de literatură cu referință la tulburările induse de cannabinoizi. Concomitent, ținând cont de tulburările psihopatologice specifice utilizării de canabis a fost efectuat un sondaj a 21 de persoane consumatoare de marijuana, cu vârsta cuprinsă între 17 – 27 ani, dintre care 19 bărbați și 2 femei. Sondajul a cuprins întrebări directe cu referință la: vârsta inițierii consumului de canabis, factorii subiectivi, care au condus la drogdependență, frecvența și forma de utilizare, caracteristica manifestărilor clinice ale perioadei de ebrietate, de abinență, a modificărilor datorate consumului cronic.

Rezultate și discuții

Din datele de literatură este cunoscut că, acțiunea canabinoizilor în mare parte depinde de „efectul scontat”, iar persoana care nu știe de prezența drogului în țigară poate să nu simtă nici un efect [1; 3; 10; 14]. Fumatul pentru prima oară poate să nu producă senzații plăcute, mai mult ca atât, se poate asocia cu uscăciunea mucoaselor cavității bucale și rinofaringelui; senzații de constricție toracică; respirație dispneică; palpitații, vertij; zgomot urechi; grețuri, vomă, dispoziție depresivă sau anxioasă [12; 14; 19]. Prezența acestor simptome la prima încercare nu împiedică repetarea narcotizării. Numai după 2-3 utilizări apare efectul euforic. La câteva minute după fumat persoana resimte un val de „căldură plăcută”, senzații de imponderabilitate, mișcările se percep ca deosebit de libere, „de parcă corpul s-ar mișca singur, cu ușurință extraordinară”, deși coordonarea mișcărilor este deteriorată. A. E. Liciko și V. S. Bitenski (1991), numesc aceste tulburări „autodepersonalizare somatică”. Concomitent pot apărea tulburări psihosenzoriale: culorile par mai intense, sunetele devin mai puternice, se instalează senzația de „scurgere accelerată a timpului”, sunt percepute distorsionate distanțele, obiectele par a fi mai îndepărtate decât în realitate [1; 2; 18].

Starea de ebrietate se asociază cu euforie, dezinhibiție psihomotorie, adeseori manifestată prin comportament pueril și răs sau plâns nemotivat. În aceste grupuri comunicarea este formală, superficială, participanții grupului sunt detașați de la realitatea ambientală, simptom descris de I. N. Piatnițaia, (1994). Ulterior se declanșează panica și accesele de angoasă, tulburările de gândire, percepție temporo-spațială. Concomitent, în ebrietate apar tulburări vegetative tip: xerostomie, hiperemia sclerelor, dilatarea pupilelor, ș.a. Durata ebrietății este de cca. 0,5 - 3 ore. La finele din starea de ebrietate se instalează brusc senzația de „foame de lup”, explicată prin hipoglicemia indusă de intoxicație [8; 13]. Mai apoi apare somnolența și epuizarea atât fizică, cât și intelectuală. În următoarele 3-4 zile se constată simptomatice astenică, labilitate emoțională, iritabilitate, diminuarea dispoziției afective, uneori anxietate [6; 15; 20]. Rareori, utilizarea regulată de marijuana poate precipita depresiile reactive sau tulburările neurotice, în special, la utilizatorii debutanți. Majoritatea reacțiilor depresive sunt de scurtă durată manifestând evoluție spontană. Reacțiile adverse în debutul utilizării de canabis mai frecvent au aspectul atacurilor de panică, în cursul cărora indivizii încep să se teamă că mor sau „înebunesc”. Reacțiile de panică sau „bad trips” (călătorii proaste) pot deveni atât de severe încât incapacitează individul și pot

stimula o stare psihotică acută. Aceste reacții pot varia ca frecvență și exacerbare în funcție de starea afectivă a individului în momentul inițierii consumului. Circa 50% dintre fumătorii de canabis pot, ocazional, resimți reacții adverse. Tratatamentul reacțiilor de panică constă în plasarea individului într-un mediu izolat, calmant și non-stimulator [12].

Odată cu creșterea numărului epizoadelor de narcotizare, euforia și logoreea se transformă în idei pseudodelirante de supraevaluare. În atare stări, gândurile proprii par deosebit de profunde și importante ca conținut, iar posibilitățile de realizare a acestora - nelimitate; limbajul capătă caracter circumstanțial, iar raționamentul devine superficial și banal. Pot să apară dereglări ale procesului asociativ, gândurile devin neclare, fiind percepute ca heterogene, ei pot resimți existența a 2 persoane: una dintre care vorbește, se mișcă, gesticulează, iar cealaltă - îl privește din exterior. A. E. Liciko și V. S. Bitenskii, (1991) califică aceste dereglări ca „dedublare a personalității” similară celei din schizofrenie.

În intoxicațiile cu hașiș sunt posibile episoade psihotice, care se manifestă prin agitație psihomotorie, frică, halucinații vizuale scenice, adeseori cu conținut fantastic. În literatură sunt descrise forme de psihoze cu delirium, sindrom oneiroid-delirant, stări crepusculare, stări confuzionale, paranoid acut [3; 8; 12]. Psihozele des evoluează pe fondalul unor stări disforice grave, interferate de auto- sau/și heteroagresiune nemotivată. Durata psihozelor acute provocate de intoxicațiile cu hașiș este de la câteva ore până la câteva zile [6; 14]. Consumul episodic de canabis poate dura timp îndelungat, chiar 2-3 ani, fenomen care nu întotdeauna induce dependența psihică. Mulți adolescenți folosesc marijuana sau hașișul neregulat numai în companii, grupuri, fenomen, care în literatură este definit ca „solidaritate de grup” [8].

Utilizarea zilnică a stupefiantului, deja după 1-2 luni poate induce dependența psihică manifestată prin astenie, somnolență, apatie, indispoziție, etc. Ulterior, crește toleranța, fumatul devine mai intensiv de la 2-3 țigări la 4-5 în zi, se caută specii de canabis mai tari. La început fumatul poartă caracter de grup, care la adolescenți se păstrează timp îndelungat. Treptat narcomanii tind să se izoleze, devin nepăsători, pasivi, apatici, detașați de realitate, irascibili, continuu nesatisfăcuți, ursuzi [6; 19]. Până în prezent, nu au fost raportate decese direct atribuibile sau imputabile unei supradozări de canabis, cu toate acestea efectul negativ exercitat de drog asupra percepției și coordonării motorii s-a soldat nu odată cu accidente fatale, generate indirect de consumul de marijuana. Prima dintre cele două tulburări mentale organice induse de canabis – beția canabică, este mult mai frecventă decât delirul canabice.

Criteriile DSM pentru beția canabică sunt:

- (A) Uzaj recent de canabis;
- (B) Tahicardie;
- (C) Cel puțin unul din simptomele psihice următoare, survenind în intervalul de 2 ore după utilizarea canabisului: 1) euforie; 2) intensificarea subiectivă a percepției; 3) senzație de încetinire a curgerii timpului; 4) indiferență;
- (D) Cel puțin unul din simptomele psihice următoare, survenind în intervalul de 2 ore după utilizarea canabisului: 1) conjunctive injectate; 2) creșterea apetitului; 3) uscăciunea gurii;
- (E) Comportament neadecvat, de exemplu: anxietate excesivă, suspiciozitate, ideație paranoidă, capacitate de raționament deficitară, interferențe cu funcționarea socială sau profesională.

Criteriile DSM pentru diagnosticul tulburării delirante canabice sunt următoarele:

- (A) Uzaj recent de canabis;
- (B) Un sindrom delirant organic survenind în următoarele 2 ore după uzul de canabis;
- (C) Tulburarea nu persistă după mai mult de 6-7 ore urmând consumului abuziv de canabis;
- (D) Nu există alte tulburări fizice sau mentale.

Câteodată tulburarea delirantă nu se rezolvă în câteva ore după consum și subiectul necesită spitalizare psihiatrică. În aceste momente se ridică problema diagnosticului diferențial: este vorba de un individ psihotic care a consumat canabis (dual diagnosis), sau abuzul de canabis a cauzat în mod direct psihoza [12].

Dependența fizică apare după 2-3 ani de consum regulat de canabinoizi. Sindromul de abținere se manifestă cu surmenaj, indispoziție, lipsa apetitului, tremor, transpirații, palpitații, iritabilitate, mânie și ură. Depresia adeseori este acompaniată de anxietate și frică, uneori poate apărea insomnia. Sunt caracteristice senzațiile cenestopice: constrângere în piept, discomfort și dureri precordiale, comprimare în regiunea tâmpelor, senzații de arsură pe tegumente. Este accentuată pulsiunea toxicomanică compulsivă pentru drog. A. A. Colomieț (1986), relatează despre prezența algiiilor musculare și articulare, tulburările dispeptice slab pronunțate, dar persistente în structura sindromului de sevraj canabic, simptome, similare cu cele din sevrajul opioid. Apogeul sevrajului durează de la 3-5, până la 14 zile. Simptomele descrise, cu excepția pulsiunii toxicomanice compulsive pentru drog, în majoritatea cazurilor au manifestare clinică vagă. Mai rar, la categoria de bolnavi menționată, în cadrul sevrajului pot fi urmărite stări psihotice cu delirium similar celui indus de alcool. Stările paranoide sau/și halucinator – paranoide adeseori sunt nu altceva, decât debutul schizofreniei paranoide [3; 14].

Intoxicația cronică cu hașiș, la unii bolnavi produce schimbări de personalitate. Astfel, se dezvoltă sindromul amotivațional caracterizat prin pasivitate, apatie, introvertire, tristețe. Atenția consumătorilor cronici de cannabis devine instabilă, memoria – scăzută. Modificările menționate mai sus, sunt descrise în literatura de specialitate în cadrul sindromului pseudoparalitic cauzat de intoxicația cronică cu hașiș [1; 16].

În cazul utilizării cronice de canabinoizi, se pot dezvolta psihoze halucinator-paranoide schizoforme, primar descrise de L. V. Anțiferov (1934), care menționează că, „apare, de regulă, la persoane predispuse, iar hașișul, reprezenta un inductor al schizofreniei” [6].

Sondajul a 21 de persoane, efectuat în cadrul studiului prezent, a evidențiat următoarele particularități: vârsta inițierii consumului de cannabis a fost între 13 și 15 ani; drept factori declanșatori au fost menționați curiozitatea, „imitarea”, dorința de a părea matur și, nu în ultimul rând, influența mediului microsocioal, adică a grupului (9 dintre intervievați au utilizat pentru prima dată cannabis la propunerea persoanelor din grupul microsocioal). Durata consumului de drog la persoanele intervievate variază de la 1 lună până la 8 ani. Dintre toate persoanele supuse sondajului, 19 sunt consumatoare de marijuana, cultivată în Republica Moldova și doar 2 persoane - de hașiș, substanță adusă din Rusia. Este de menționat faptul că, majoritatea persoanelor după prima utilizare nu au simțit efectul euforizant.

Starea de ebrietate a fost caracterizată mai frecvent prin prezența euforiei, manifestată prin eufimie, confort somatic, satisfacție de sine, necesitate de comunicare, logoree, râs, plâns nemotivat, creșterea tempoului gândirii, dezinhibiție motorie, senzația de scurgere accelerată a timpului, deformarea spațiului, senzații de tipul „totul e ca într-un vis”, beatitudine, tandrețe intensă ori anxietate, suspiciune, idei de referință, de persecuție, de otrăvire; incapacitate de a întreprinde mișcări dirijate volițional. În cazul utilizării dozelor mari, au fost prezente halucinații, hiperestezie senzorială, discoordonare motorie, pierderea limitelor Eu-lui „comunicarea cu universul”, îngustarea câmpului conștienței. Notabil este și faptul că, dozele capabile să inducă stări psihotice acute și halucinații le depășesc de cel puțin 5 ori pe cele, considerate „habituale”. Un singur utilizator de marijuana a trăit repetat aceleași stări halucinatorii.

În perioada abținentei era specifică o stare de astenie pronunțată, somnolență, poftă de mâncare crescută „simptomul golirii frigiderului”, greață, vomă, stare de rău general, indispoziție, apatie, anorexie, tremor, transpirație.

Dintre 21 persoane incluse în sondaj, 3 erau consumători cronici, care își caracterizau starea ca senzații de creștere intelectuală nelimitată, idei „profunde” cu conținut „deosebit de important”. Adeseori acești subiecți tindeau să amplifice efectul cannabisului, consumând concomitent alcool, iar 2 persoane au recunoscut că utilizarea marijuanaei a condus la consumul altor droguri, în special a psihostimulentelor, ulterior instalându-se o utilizare mixtă. Pentru toate persoanele incluse în studiu a fost caracteristică „alexitemia specifică” în descrierea stării de ebrietate sau de abținere canabică, mai frecvent ei recurgeau la anumite „slang-uri”, exprimându-se în limbaj specific.

Concluzii

1. Dependența de canabis reprezintă una dintre cele mai frecvente dependențe de drog alături de tabagism, consum de alcool și alte droguri ușor accesibile;
2. Dependența de canabis în 90% cazuri prevede consumul drogului în grup;
2. Consumul canabisului adeseori este inițiat în adolescență;
3. Utilizarea marijuanei adeseori este punctul de pornire pentru consumul de alte droguri;
4. Administrarea canabisului se manifestă prin modificări psihopatologice diferite, funcție de ebrietate, sevraj, stare postintoxicare, consum cronic;
5. Dintre factorii de risc care conduc la consumul primar de marijuană mai frecvent au fost menționați: curiozitatea, dorința de a părea matur și influența persoanelor din cercul de comunicare.

Bibliografie selectivă

1. Анохина И. П. // Лекции по наркологии. – М. – 2001. – С. 13-32.
2. Бабаян Э. А. Наркомании и токсикомании. // Руководство по психиатрии. – М.: Медицина. – 1988. – Т. 2. – С. 169 – 218.
3. Cornuțiu G. Breviar de psihiatrie. Oradea, 2003. Editura Imprimeriei de Vest, 488 p.
4. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Ф., Хайман С. Е. // Наркология – М.: Binom Publishers. 2000, 319 с.
5. Гульдман В. В., Романова О.Л., Сиденко О.К. // Представления школьников о наркомании и токсикомании // Социологические исследования, 1989. №3, с. 66 – 71.
6. Иванец Н.Н. // Руководство по наркологии // М.: Медпрактика, 2002, 444 с.
7. Лешнер А. // Наркомания – заболевание мозга // Глобальные вопросы, 1997, Т.2, №3.
8. Личко А.Е., Битенский В.С. // Подростковая наркология // М: Медицина, 1991, 301 с.
9. Мирошниченко Л.Д., Гуманов С.В. // Некоторые итоги исследования отношения к наркотикам и их потребления в объединенной выборке из населения 8 стран СНГ. // Вопросы наркологии. - 1994. №3. с. 69 – 72.
10. Nacu A.G., Nacu A.A. // Psihiatrie judiciară // FEP Tipografie Centrală, Chișinău, 1997, p. 223 – 303.
11. Панченко Л.Ф., Лурье Е.Ю., Соловьева А.Г. // Вопросы наркологии. – 1994. - №4. – с. 60 – 65.
12. Andreio R, Biștenu P, Enache Rodica. Tulburări mentale induse de marijuana. // Buletin de Psihiatrie Integrativa An IX, Vol. VIII, nr. 1 (15), Iași, 2003, p. 51-61.
13. Poklis A., Maginn D., Barr. I.Z. // Drug and alcohol depend. // 1987 – Vol. 20 - №1 p.57–62
14. Пятницкая И.Н. // Наркомании. – М.: Медицина. – 1994. – с. 542.
15. Râșcanu R., Stan R., Crăciun B., Trifan T., Gavriluc A. // Interacțiuni între factorii de personalitate și de mediu în consumul de drog al dependențelor // Buletin de Psihiatrie an XI, Vol. X, nr.4 (27), Socola, Iași, 2005, p. 127 – 139.
16. Revenco M., Cosciug I., Turcanu C., Deliv I., Condratiuc S. // Stările anxios-depresive în raport cu dependența de substanțe psihoactive la copii și adolescenți , CEP Medicina. 2006.
17. Revenco M., Oprea N., Oprea V., Cosciug I., Prigoda T., Condratiuc S. // Considerații privind consumul de substanțe psihoactive în mediul tineretului studios din Republica Moldova // Buletin de Psihiatrie Integrativa An XI, Vol X, nr. 4(27), Iași, 2005, p.226-237
18. Тиганов А.С. // Руководство по психиатрии // М., Медицина, Т.2. 1999.
19. Vasiliev T., Stoev I. // Narcomania. Situația medico-socială și judiciară în Republica Moldova // 2001, 396 p.
20. Weiss R.D., Griffin M.L., Mirin S.M. // Am J Drug Alcohol Abuse // 1992, 18:2, p. 121-9.