

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Патрикеева Ольга Николаевна

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ПСИХОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ  
СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ**

14.01.27 – наркология

14.01.06 – психиатрия

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научные руководители:  
доктор медицинских наук  
Овчинников Анатолий Александрович  
доктор медицинских наук  
Наров Михаил Юрьевич

Новосибирск – 2018

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ И СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	13
1.1 История разработки и общая фармако-динамическая характеристика синтетических каннабиноидов.....	13
1.2 Эпидемиологические данные о распространенности употребления синтетических каннабиноидов.....	16
1.3 Неблагоприятные последствия употребления, побочные эффекты употребления синтетических каннабиноидов.....	20
1.4 Психозы, вызванные употреблением синтетических каннабиноидов.....	26
1.5 Изучение мотивовупотребления синтетических каннабиноидов. Психологические характеристики и эмоциональные нарушения у потребителей синтетических каннабиноидов.....	34
1.6 Качество жизни и социальная адаптация пациентов с зависимостью от синтетических каннабиноидов.....	40
1.7 Терапия психотических состояний и синдрома зависимости у потребителей синтетических каннабиноидов.....	41
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	48
2.1 Характеристика клинического материала.....	48
2.2 Методы исследования.....	51
2.3 Статистическая обработка материала.....	55
ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	57
3.1 Социодинамические характеристики исследуемого контингента.....	57
3.2 Характеристики потребления синтетических каннабиноидов у лиц с	

перенесенными психозами и без них. ....	61
3.3 Клинико-динамическая характеристика психозов у лиц с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов. ....	67
3.4 Особенности мотивационной сферы у потребителей синтетических каннабиноидов, перенесших психотические состояния и без них. ....	78
3.5 Эмоциональные расстройства у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов. ....	82
3.6 Показатели самооценки социальной адаптации пациентов с зависимостью от синтетических каннабиноидов и их динамика у пациентов контрольной группы в зависимости от длительности лечения. ....	87
3.7 Влияние числа перенесенных психозов на некоторые психометрические показатели пациентов. ....	91
3.8 Влияние исходного уровня мотивации к отказу от употреблении синтетических каннабиноидов на длительность лечения. ....	92
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ....	93
ВЫВОДЫ. ....	97
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ....	99
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ. ....	100
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ. ....	102
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА. ....	127
ПРИЛОЖЕНИЕ А (справочное) Информация для пациента. ....	129
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (справочное) Информированное согласие пациента. ....	130
ПРИЛОЖЕНИЕ В (справочное) Карта пациента. ....	131
ПРИЛОЖЕНИЕ Г (справочное) Шкала Цунга для самооценки депрессии. . .	133
ПРИЛОЖЕНИЕ Д (справочное) Шкала ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина. ....	134
ПРИЛОЖЕНИЕ Е (справочное) Торонтская шкала алекситимии. ....	137
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж (справочное) Шкала диссоциации. ....	139
ПРИЛОЖЕНИЕ И (справочное) Шкала самооценки социальной адаптации (SASS) . ....	143

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность избранной темы**

Начало последнего десятилетия характеризуется появлением и распространением в среде потребителей наркотических и психотропных средств нового вида синтетических психоактивных веществ (ПАВ) с действием, похожим на действие гашиша и марихуаны, но с более выраженными основными эффектами и аддиктивным потенциалом [35; 120; 194; 214].

В докладе Международного Комитета по контролю над наркотиками (МККН) за 2014 год отмечается быстрое распространение и увеличение масштабов потребления новых психоактивных веществ в различных регионах [179].

Т. В. Куприянчик и Н. А. Ермакина (2015), в обзоре информационных бюллетеней Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA) сообщают, что синтетические каннабиноиды (СК) и синтетические катиноны представляют две наиболее крупные группы, которые вместе составляют почти две трети всех новых наркотиков, выявленных в Европейских странах в 2014 году.

Для психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением СК характерны все признаки наркотической зависимости: рост толерантности, сильная, непреодолимая тяга к приему вещества, утрата защитных реакций, употребление вопреки очевидным вредным последствиям для организма, изменение формы опьянения, пренебрежение другими интересами, развитие синдрома отмены [27; 28; 34; 132; 227].

Масштабы злоупотребления СК как на территории РФ, так и за ее пределами, имеют широкий размах, трудно поддаются количественному определению.

Для оценки своей распространенности и ее динамики, психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением СК, требуют выделения в отдельную категорию Международной классификации болезней (МКБ) в рамках

раздела «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ», так как оценить их долю, как в рубрике F12 (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов), так и в рубрике F19 (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других неуточненных веществ или их сочетаний), весьма затруднительно [22].

По данным, представленным в Докладе МККН за 2015 год, количество новых психоактивных веществ, представляющих собой неоднородную группу веществ, продолжает увеличиваться в каждом регионе мира. По состоянию на октябрь 2015 года на консультативном портале раннего предупреждения о новых ПАВ Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, представляющем собой систему новых психоактивных веществ, о которых сообщают государства-члены, были размещены сведения о 602 конкретных веществах, что на 55 % больше, чем в октябре 2014 года, когда было сообщено о 388 веществах. При этом, как и в прошлые годы, большинство зарегистрированных новых ПАВ составляют СК, на которые приходится около 40 % всех зарегистрированных веществ [38].

Согласно официальным данным, в 2009–2015 гг. наблюдается рост числа госпитализаций больных психозами, связанными с употреблением наркотиков: увеличилось как их абсолютное число (с 782 человек в 2009 г. до 6505 в 2015 г., т.е. более чем в 8 раз), так и относительный показатель (с 0,55 в 2009 г. до 4,4 на 100 тыс. населения в 2015 г.) [95].

Согласно данным В. В. Киржановой и соавт. (2016), показатели общей госпитализации пациентов с психозами, связанными с употреблением наркотиков, в Российской Федерации среди подростков выросли с 0,6 в 2011 году до 5,0 на 100 тыс. подростков 15–17 лет. Таким образом, за последние 5 лет показатель госпитализации подростков по поводу психозов, связанных с употреблением наркотиков, увеличился в 8 раз.

Следует также учитывать, что в 2015 году было госпитализировано 769 больных с психозами, связанными с употреблением ненаркотических ПАВ.

Возможно, часть из них связана с употреблением СК.

При оценке распространенности СК нельзя забывать и о «неучтенной наркотизации». В. Д. Менделевич (2015), делает акцент на выделении проблемы недоучета фактора «скрытой» наркотизации и игнорирования психотических эффектов новых ПАВ. Автор отмечает не только появление «новых наркотиков», обладающих повышенным психотическим потенциалом, но и увеличенную частоту встречаемости шизофреноформных клинических картин наркологических расстройств.

### **Степень разработанности темы диссертации**

Влияние СК на организм человека в настоящий момент изучено недостаточно. Имеются многочисленные клинические наблюдения связи употребления данных веществ и развития психотических состояний. Однако в настоящее время отсутствует комплексный клинический анализ клинико-эпидемиологических особенностей психотических состояний, развивающихся вследствие употребления СК, социо-демографических характеристик лиц, перенесших психозы, выраженности и продолжительности психопатологической симптоматики, типов течения, а также последствий для личности.

Уровень распространенности психозов вследствие употребления ПАВ, является не только показателем употребления токсических и наркотических веществ населением, но и его психического здоровья. Подавляющее большинство лиц, перенесших психозы, вызванные интоксикацией, либо отменой вещества – это лица молодого (трудоспособного и репродуктивного) возраста, что свидетельствует о том, что данный вид психотических нарушений – это не только медицинская, но и огромная социальная проблема. В связи с сохраняющейся высокой численностью потребителей СК и частым развитием у них психотических состояний, имеется настоятельная потребность в систематизации и обобщении имеющихся данных. В настоящее время сведения о синдромальных формах психотических состояний, вызванных употреблением СК, степени их

выраженности и длительности проявления немногочисленны и достаточно противоречивы [22; 56; 99; 114; 115; 224; 230]. В соответствии с этим, изучение особенностей клинических проявлений и течения психозов, вызванных употреблением новых видов ПАВ, представляет не только теоретический интерес, но и востребовано практическим здравоохранением.

### **Цель исследования**

Выявление основных клинико-динамических характеристик психотических нарушений и социально-психологических показателей у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов.

### **Задачи исследования**

1. Исследовать наследственную предрасположенность и особенности симптоматики психотических расстройств у лиц с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов.
2. Изучить особенности мотивации употребления синтетических каннабиноидов у наркозависимых.
3. Исследовать уровни тревоги и депрессии в постабстинентном периоде у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов.
4. Изучить клинико-психологические особенности течения постабстинентного периода у больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов.
5. Сравнить показатели субъективной оценки социальной адаптации у лиц с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов, перенесших психозы и без них.
6. Определить предикторы возникновения психоза, вызванного употреблением синтетических каннабиноидов, у пациентов с синдромом зависимости от синтетических каннабиноидов.

### **Научная новизна**

В настоящей работе впервые изучены и систематизированы структурные и клинико-динамические особенности психозов, вызванных употреблением СК, на основе сравнительного межгруппового анализа. Определены предикторы повторного возникновения психозов, вызванных употреблением СК.

Впервые описаны особенности мотивационной сферы у потребителей СК. Показано, что на начальных этапах развития зависимости от СК преобладающее влияние имеют индивидуально-психологические и средовые факторы, а на более поздних этапах и при развитии психопатологических реакций – биологические.

Впервые установлено, что нарушения в эмоциональной сфере у пациентов с синдромом зависимости вследствие употребления СК, в том числе перенесших психотическое состояние, в постабстинентном периоде характеризуются повышенными уровнями тревоги и алекситимии, при умеренной выраженности депрессивных проявлений.

Установлена связь длительности лечебно-реабилитационных мероприятий в стационарных условиях, осуществляемых у пациентов с синдромом зависимости от СК с исходным уровнем мотивации на отказ от употребления ПАВ.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Исследование данной проблемы помогает расширить представления о феноменологии употребления СК на современном этапе.

Использование в клинической практике результатов изучения особенностей клиники и течения психотических состояний способствует совершенствованию психиатрической и наркологической помощи: более точной диагностике и определению прогноза заболевания при расстройствах, связанных с употреблением СК.

### **Методология и методы диссертационного исследования**

Исследование выполнено на базе отделения острых состояний Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской



области «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3» (ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3) и стационарного отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер» (ГБУЗ НСО «НОКНД»). Пациенты включались в исследование после купирования психотического состояния или абстинентного синдрома. Перед включением в исследование пациенты были ознакомлены с информацией о целях и методах исследования и предоставили добровольное согласие на участие в нем. Один экземпляр добровольного согласия предоставлялся пациенту.

Основными методами исследования явились: клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, лабораторный (химико-токсикологический), статистический.

Полученные клинические данные регистрировались в специально разработанной «Карте пациента» с последующим занесением в электронную базу данных, необходимую для статистической обработки результатов исследования.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. В синдромальной структуре психозов у обследованных больных наиболее часто встречаются галлюцинаторный, полиморфный и шизофреноподобный варианты интоксикационного психоза. Особенность психотических нарушений, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов, заключается в преимущественном развитии первого психотического эпизода по галлюцинаторному варианту и увеличении вероятности развития последующих психозов по полиморфному или шизофреноподобному типу;

2. Эмоциональные нарушения у пациентов с зависимостью от синтетических каннабиноидов в постабстинентный период характеризуются высоким уровнем тревожных расстройств;

3. У больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов, перенесших психозы, в постабстинентном периоде выявляется значимо более

высокий уровень алексимии и диссоциации в сравнении с пациентами без психозов;

4. Количество перенесенных психозов обратно коррелирует с самооценкой социальной адаптации больных. У пациентов с перенесенными психозами субъективная оценка социальной адаптации ниже, чем у пациентов без перенесенных психозов в анамнезе.

5. Предикторами повторного возникновения психозов являются преходящие нарушения восприятия в состоянии острой интоксикации и высокий уровень алекситимии.

### **Степень достоверности**

Достоверность результатов диссертации основывается на анализе первичной медицинской документации, обследовании и лечении выборки из 147 пациентов с синдромом зависимости от СК, в том числе перенесших психотические состояния, о чем свидетельствуют записи в медицинских картах стационарных больных, представленная на проверку первичная документация, а также выявление значимых различий и взаимосвязей между некоторыми показателями при статистическом анализе данных. Диагнозы установлены на основании критериев МКБ 10-го пересмотра. Оценка динамики исследуемых показателей подтверждена статистическим анализом. Использовались двусторонние статистические критерии. Данные выражались в виде среднего значения и стандартной ошибки, либо указывалась медиана распределения с нижними и верхними квартилями. Расчеты проводились на персональном компьютере с помощью программ статистической обработки STATISTICA и SPSS.

### **Апробация работы**

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: научно-практической конференции «Актуальные вопросы оказания наркологической помощи населению Новосибирской области» (Новосибирск,

2014); научно-практической конференции с международным участием «Проблемы коморбидности у больных шизофренией» (Новосибирск, 2014); научно-практической конференции «Актуальные вопросы межведомственного взаимодействия психиатрической и наркологической служб города» (Новосибирск, 2014); Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Клиническая психология и практическое здравоохранение: пути интеграции»(Новосибирск, 2015); 7-й отчетной научной сессии ФГБНУ «НИИПЗ» (Томск, 2015); Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Новосибирской психиатрической службы и 80-летию Новосибирского государственного медицинского университета (Новосибирск, 2015); Всероссийской конференции с международным участием «Бехтеревские чтения» (Киров, 2016); на юбилейной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 2016); региональной научно-практической конференции «Профессиональная помощь при наркозависимости: междисциплинарный подход» (Новосибирск, 2016).

Диссертационная работа апробирована на заседании проблемной комиссии «Актуальные вопросы неврологии и психиатрии» ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск, 2018).

Диссертация выполнена в соответствии с темой научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России «Диссоциативная парадигма в психиатрии (феноменология, клинические аспекты)», номер государственной регистрации 01201150928.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования используются в учебном процессе кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедры

психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрав России.

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 8 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

### **Объем и структура работы**

Диссертация изложена на 143 страницах машинописного текста и состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, списка иллюстративного материала и приложений. Список литературы представлен 230 источниками, из которых 78 в зарубежных изданиях. Полученные результаты проиллюстрированы с помощью 12 таблиц и 9 рисунков.

### **Личный вклад автора**

Автором были определены цели и задачи исследования, выбраны методики исследования, изучены имеющиеся литературные данные, собран, обработан и проанализирован полученный материал. Результаты исследования докладывались на научных конференциях, в том числе с международным участием, опубликованы в специализированных научных изданиях. Опубликованные работы написаны лично автором. Степень участия автора в статистической обработке материала составляет 50 %.

# ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ И СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

## 1.1 История разработки и общая фармако-динамическая характеристика синтетических каннабиноидов

Каннабиноидами принято называть агонисты и антагонисты соответствующих рецепторов [30]. Данные вещества широко применяются в медицинских, научных и экспериментальных целях. Установлена эффективность агонистов и антагонистов каннабиноидных рецепторов в качестве анорексигенных средств, при лечении шизофрении, эпилепсии, болевого синдрома, нарушениях обмена веществ, расстройствах когнитивных функций и памяти при некоторых воспалительных и нейродегенеративных заболеваниях [185; 195; 213].

В большинстве случаев синтетические наркотики впервые синтезированы в фармацевтических или академических лабораториях для проведения исследований и разработки новых лекарственных средств [35; 132; 194].

Разработка новых каннабиноидов (в том числе агонистов, антагонистов и обратных агонистов) связана с решением таких задач, как:

- получение высокоафинных лигандов для каннабиноидных рецепторов второго подтипа (CB2-рецепторы), т.к. агонисты соответствующих рецепторов имеют возможную перспективу при лечении нейродегенеративных, иммунных, онкологических и иных заболеваний.

- получение антагонистов каннабиноидных рецепторов первого подтипа (CB1-рецепторы) как потенциальные средства лечения химических зависимостей (алкогольной, опиатной, никотиновой, зависимости от каннабиса), ожирения.

- получение агентов, тропных к каннабиноидным

рецепторам, незаменимых при изучении эндоканнабиноидных нейромедиаторных систем [120].

Большинство СК синтезировано под руководством профессоров J.W. Huffman и A. Makriyannis, что нашло отражение в их аббревиатурах: «JWH» и «AM» [120].

СК – химические соединения, структурные особенности которых позволяют им связываться с СВ-1 и СВ-2 рецепторами, присутствующими в клетках человека. СК вызывают в организме человека и животных клинические эффекты, сходные с действием дельта-9-тетрагидроканнабинола ( $\Delta$ -9-ТГК), наиболее известного алкалоида каннабиса.

В настоящее время известно более 140 видов СК, которые классифицированы в следующие группы:

- а) классические каннабиноиды;
- б) неклассические каннабиноиды;
- в) гибридные каннабиноиды;
- г) аминокалилиндолы;
- д) эйкозаноиды;
- е) прочие.

Наиболее широко в составе курительных смесей представлены аминокалилиндолы, вследствие особенностей химического строения, обеспечивающих более легкий в сравнении с другими классами соединений их синтез [120].

СК являются полными агонистами СВ-1 рецепторов. Сродство некоторых СК, в том числе JWH-018 к СВ-1 рецепторам в 4–5 раз выше, чем у тетрагидроканнабинола [27; 28; 135]. Основная масса СК, согласно научным исследованиям, значительно превосходит  $\Delta$ -9-ТГК по сродству к СВ-1 рецепторам. Однако соединения JWH-116, JWH-194 – JWH-197 уступают алкалоиду конопли по данному показателю (JWH-197 в 7,9 раз) [31]. Многочисленные научные данные показывают, что между уровнем сродства СК к СВ-1 рецепторам и их наркотическим потенциалом отмечается сильная достоверная

прямая корреляционная зависимость [31; 165]. Некоторые из СК, такие как JWH – 015 и JWH-133, обладают сродством к СВ-2 рецепторам [47; 48; 210].

Рецепторы СВ-1 располагаются главным образом в ЦНС (в гиппокампе, гипоталамусе, коре головного мозга, базальных ганглиях, мозговом стволе, мозжечке и спинном мозге) и обуславливают эйфоризирующий и противосудорожный эффекты. Рецепторы СВ-2 преимущественно представлены в селезенке и клетках иммунной системы, с чем связано их иммуномодулирующее действие – супрессия выработки антител и цитокинов [30; 54; 125].

Многочисленные научные исследования структуры и свойств эндоканнабиноидов, их рецепторов, а также их синтетических аналогов, позволили изучить основные биологические эффекты данного класса веществ [143; 180; 195].

В организме человека СК подвергаются метаболизму. Метаболизм синтетических каннабиноидов происходит в системе цитохрома Р-450 (I фаза биотрансформации). При этом в первой фазе биотрансформации СК происходит образование нескольких активных интермедиатов (в случае с  $\Delta$ -9-ТГК образуется лишь один активный метаболит). Например, при метаболизме JWH-018 активными являются девять активных промежуточных веществ [35; 199]. По мнению ряда авторов [35; 199] высокий наркотический потенциал синтетических каннабиноидов, значительная токсичность и бóльшая (в сравнении с препаратами каннабиса) продолжительность действия объясняются выраженным сродством синтетических каннабиноидов к каннабиноидным рецепторам первого подтипа (СВ1-рецепторы) и биологическими эффектами метаболитов, образующихся в первой фазе биотрансформации.

Основной путь биотрансформации UR-144 и AM-2201 – моно- и полигидроксилирование с последующим формированием конъюгатов с глюкуроновой кислотой. Установить факт употребления курительной смеси, содержащей AM-2201, возможно, согласно экспериментальным данным, в течение двух недель с момента приема, содержащей UR-144 – в интервале от одной до трех недель [49].

## **1.2 Эпидемиологические данные о распространенности употребления синтетических каннабиноидов**

Проблема незаконного оборота курительных смесей, содержащих в себе СК, достигла уровня государственной проблемы. Она перестала быть только медицинской, промышленной и правоохранительной. С каждым годом масштабы незаконного оборота «спайсов», быстро завоевавших российский наркорынок, увеличиваются и представляют угрозу для здоровья нации и безопасности государства в целом [53].

В Европе «Spice» появились приблизительно в 2005 году [177]. В европейской системе мониторинга за тенденциями в сфере наркотических веществ (MoSyD) сведения о потреблении новых психоактивных веществ были собраны во Франкфурте-на-Майне (Германия). В 2012 году распространенность «Spice» оценивается на уровне 7% для лиц в возрасте от 15 до 18. При этом, 16 % опрошенных заявили, что они знали лично потребителей «травяного ладана» [177].

Большинство новых ПАВ, выявленных в последние годы в незаконном обороте в странах Евросоюза, относятся к группе СК [35].

Американская Ассоциация Центров по контролю за токсическими веществами и ядами сообщает о 112 вызовах, связанных с СК в токсикологические центры в 15 странах в 2009 году [164]. В дальнейшем это число быстро увеличивалось. За 9 месяцев из 49 государств и округа Колумбия были записаны 2 700 вызовов, а к 2011 году их число возросло до 6 549. В докладе за октябрь 2012 года, отмечено, что в среднем за истекший период 2012 года поступало 580 звонков в месяц.

В научной литературе опубликованы сведения о существенном изменении конъюнктуры наркорынка и, соответственно, структуры наркопотребления в Республике Беларусь: замена потребления «традиционных» наркотиков на синтетические каннабиноиды и иные новые виды психотропных веществ, используемые в курительных смесях [124].



Так, по данным А. Д. Невирко, в Республике Беларусь за 2013 год отмечается существенное (более чем в 80 раз) увеличение случаев регистрации потребителей курительных смесей [85]. В 2013 году в наркологических учреждениях Беларуси было зарегистрировано 334 потребителя курительных смесей типа «Спайс», тогда как в 2012 году был выявлен только 1 случай употребления курительных смесей [149].

Согласно публикации Н. В. Курдиль (2015), случаи острых отравлений курительными смесями наблюдаются в Киеве с 2010 года и составляют около 1 % в группе отравлений психотропными веществами.

В России курительные смеси распространяются приблизительно с 2007 года [46]. С. А. Корякин (2010), отмечает, что на территории Самарской области курительная смесь «Спайс» появилась в 2008 году. Указанная смесь реализовалась под торговыми наименованиями «Dream», «Spaicegold», «Zoom» и др.

В. Н. Ведяшкин, И. И. Шереметьева (2014), отмечают, что при употреблении наркотиков 97,8 % современных подростков отдают предпочтение каннабиноидам, к которым относятся производные дикорастущей конопли и синтетические курительные смеси.

По данным Томского областного наркологического диспансера, в 2013 году 122 человека (12,5 % от общего числа пролеченных наркологических больных) были пролечены в областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Томская клиническая психиатрическая больница» (ОГБУЗ ТКПБ) от психозов, развившихся вследствие употребления СК. В то же время, еще в 2012 году доля наркологических пациентов, пролеченных в ОГБУЗ ТКПБ по поводу употребления синтетических наркотиков, составила всего 6,27 % от общего числа наркологических пациентов. В г. Северске Томской области первичная заболеваемость зависимостью от СК (по обращаемости) составила в 2014 году 1 на 10 тысяч жителей города, а общая заболеваемость – 4 на 10 тысяч жителей к 2014 году. Доля пациентов с зависимостью от «Спайса» составляет 5 % от числа всех больных, поступивших в 2014 году в психиатрическое отделение г.

Северска. Также установлено, что в г. Северске доля наркологических больных, страдающих зависимостью от «Спайса», составляет 23,6 % от числа всех страдающих различными видами зависимости от психоактивных веществ, включая зависимость от алкоголя [22].

В г. Чита в 2014–2015 гг. в структуре потребляемых синтетических наркотиков доля СК составляла 61,6 %, а доля их сочетания с психостимуляторами – 4,7 % [9].

В Республике Башкортостан в 2015 году и первом квартале 2016 года происходило дальнейшее увеличение выявляемости СК у обследуемых. СК выявлялись в 1/3 случаев от общего числа обнаруженных наркотических веществ [15].

На территории Новосибирской области курительные смеси, содержащие СК, распространяются с 2008–2009 года.

С 2010 года врачами экспертного отделения Новосибирского областного клинического наркологического диспансера стали проводиться судебно-медицинские экспертизы по уголовным делам, связанным с незаконным оборотом «курительных смесей»: в 2010 году было направлено 6 материалов уголовных дел по курительным наркотическим смесям, в 2011 году уже 54 [34].

По данным Федеральной службы по контролю за наркотиками (ФСКН) правоохранительными органами Сибирского Федерального округа за январь–июль 2014 года изъято из незаконного оборота 508,3 килограмм синтетических наркотиков, что на 81 % больше, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (по РФ рост на 122,2 %). Синтетические ПАВ изымались во всех регионах округа, при этом наибольший объем изъятия приходится на Новосибирскую область (282,2 килограмм), Красноярский край (99,4 килограмм) и Омскую область (50,1 килограмм). При этом суммарные объемы изъятий синтетических наркотиков в Сибирском Федеральном округе превышают объемы изъятий героина (453,8 килограмм) [10].

Основным местом производства СК является Китай. Органами ФСКН России по Сибирскому Федеральному округу за 6 мес. 2014 года выявлено 40

фактов контрабанды синтетических наркотических средств, 20 из которых поступило из Китая, остальные – из стран Евросоюза и Северной Америки [10].

Особую опасность оборота СК представляет то, что за несколько недель до внесения новых видов наркотиков в Перечень наркотических средств и психотропных веществ, подлежащих контролю в Российской Федерации, на нелегальных предприятиях Китая изменяют химическую формулу и начинают производство новых, неподконтрольных наркотических средств. По приблизительным оценкам, срок от создания новой формулы психоактивного вещества до изготовления его первой партии, составляет 1 месяц [10].

Факторами, способствующими незаконному обороту новых видов психоактивных веществ, в том числе СК, являются:

1) психологический– формирование в среде потребителей ложных стереотипов о легальности (на сленге потребителей так и звучит – «легалка»), а также о безвредности и безопасности их употребления, отсутствии формирования зависимости. Немаловажную роль также играет способ употребления – путем курения, что обеспечивает отсутствие как некоторых внешних признаков употребления психоактивных веществ (следы от инъекций), так и риска заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами;

2) диагностический– отсутствие реакции при проведении стандартных экспресс-тестов на наркотические вещества, необходимость применения высокочувствительных методов при проведении лабораторной диагностики. Bonar E. E. et al. (2014) сообщают, что при выборе нескольких мотивов употребления СК 91 % обследованных указали любопытство, 89 %– получение опьянения, 71 %– для расслабления, 71 %– достижение состояния опьянения при отрицательном тесте на наркотики;

3) наркогенный – быстрое формирование при употреблении синдрома психической и физической зависимости;

4) территориальный – наличие протяженных приграничных территорий со странами, где развит бизнес нелегального производства СК (Китай) [10];

5) логистический – высокая концентрация активного вещества,

минимальная подверженность воздействию окружающей среды, а также возможность бесконтактных способов оплаты и приобретения ПАВ [10];

6) технологический – возможность изменения формул существующих СК с целью синтеза новых, не внесенных в Перечень наркотических средств без применения дорогостоящего химического оборудования [10; 37];

7) юридический–дизайнерские наркотики намеренно разрабатываются и производятся с помощью химических технологий таким образом, чтобы оставаться вне сферы контроля. То есть изначально дизайнерские наркотики имеют статус веществ, находящихся в свободном обороте. При соответствии находящихся в свободном обороте веществ, обладающих схожим с наркотическими средствами и психотропными веществами воздействием на организм человека, критериям (требованиям) отнесения веществ к категории контролируемых объектов их статус может быть изменен. [55]. Время, необходимое для внесения новых синтетических средств в Перечень наркотических средств и психотропных веществ, подлежащих контролю в РФ (от 6 мес. до 1 года), значительно превышает время, необходимое для их синтеза и запуска в оборот. На территории Китая в больших объемах происходит изготовление синтетических аналогов тетрагидроканнабинола, не отнесенных к перечню запрещенных на территории данного государства [10];

8) финансовый – сверхприбыль от денежных средств, вложенных в изготовление и распространение СК при минимальных затратах [10].

Значимым аспектом противодействия незаконному обороту СК является работа территориальных органов УМВД России по борьбе с незаконным оборотом наркотиков по блокированию сайтов, содержащих противоправный контент [10].

### **1.3 Неблагоприятные последствия употребления, побочные эффекты употребления синтетических каннабиноидов**

Установлено, что основными проявлениями токсического действия СК в эксперименте на животных являются аналгезия, каталепсия (расслабление всех

мышц и потеря контроля над положением тела), гипотермия, иммуносупрессия, подавление аппетита [104].

Действие СК во многом напоминает действие на организм тетрагидроканнабинола, однако нет оснований полагать, что риски, связанные с их употреблением, сопоставимы [116].

Употребление СК может приводить к острой интоксикации, развитию зависимости, передозировок, вызывать преходящие психотические нарушения и сомато-неврологические нарушения. Об этом свидетельствуют многочисленные клинические наблюдения отечественных [23; 46; 123; 109; 132] и зарубежных [177; 186; 220; 224; 227] исследователей.

В клинической картине острой интоксикации СК доминируют симптомы гиперсимпатикотонии, неврологические и психические нарушения [47; 48]. Отмечаются мидриаз, инъекция склер, гиперемия лица, сухость во рту, нарушения речи и двигательной сферы в виде нарушений походки, координации, тремор рук и всего тела, тахикардия (более 100 ударов в минуту) и повышение артериального давления, гипертермия. [23; 27; 28; 47; 48]. Наблюдаются чувство голода, жажды, иногда тошноты или рвоты. Из психопатологических симптомов наблюдаются эйфоризирующий, транквилизирующий и расслабляющий эффекты. Кроме того, в психической сфере могут отмечаться как психомоторное возбуждение с агрессией или тревожная ажитация, так и заторможенность с сонливостью, дезориентацией, спутанностью сознания, галлюцинации [27; 28]. Малышко Е. В. и Мысливцева А. В., (2017) описывают в состоянии острой интоксикации СК чрезмерное потоотделение или сильный озноб, светобоязнь, расширение зрачков, сухость слизистых, смех, напоминающий истерический пароксизм, или наоборот – погружение в себя, страх, суицидальные мысли и попытки, сокращение челюстных мышц и своеобразные двигательные реакции – стереотипии, неестественные повторяющиеся движения. Визуальные и слуховые галлюцинации носят чрезвычайно яркий, захватывающий и нередко привлекательный характер, но имеют место далеко не у всех. У большинства наркотизирующихся наблюдается абсолютная утрата способности

контролировать свое тело, свои мысли и свое поведение. Авторы отмечают, что клинические проявления, встречающиеся при медицинском освидетельствовании на состояние опьянения, не являются патогномоничными, однако в последнее время стали очень схожими с органическими и шизофреническим психозами [77].

Передозировки при употреблении СК описаны авторами как в нашей стране [27; 28; 57; 72; 109; 114; 115; 123], так и за рубежом [114; 115; 208].

В. Т. Лекомцев и соавт. (2011) описывают 9 случаев наблюдения передозировок СК. Пациенты были доставлены скорой медицинской помощью в городской токсикологический центр г. Ижевска. Во всех случаях наблюдалась общая заторможенность, оглушение сознания, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. В 3 случаях (33 %) встречались галлюцинаторные переживания и гиперкинезы.

Schneir A. V. et Cullen J. (2011) описывают отравление двух пациенток после употребления курительной смеси, содержащей JWH-018 и JWH-073. Клиническая картина характеризовалась тревожностью, чувством страха, тахикардией.

А. А. Синевич и А. В. Копытов (2016), отмечают, что передозировки при употреблении курительных смесей являются специфическим признаком клинической картины зависимости от данной группы ПАВ. Авторы описывают среди признаков отравления многократную рвоту, потерю сознания, угнетение дыхания.

Согласно наблюдениям Н. В. Курдиль (2015), клиническая картина острых отравлений СК характеризуется поражением функции центральной нервной системы, галлюцинациями, возбуждением, двигательной активностью, в тяжелых случаях характерна картина отека мозга, дыхательной и циркуляторной недостаточности.

Locatelly C. A., Lonati D. (2011) в ряде случаев острых отравлений данными веществами среди основных симптомов описывают тахикардию, агитацию, тревожность, спутанность сознания, мидриаз, галлюцинации, парестезии, обмороки, головокружения, клонические и хореоатетозные подергивания, гипер-

или гипотензию, диспноэ, кому, судорожные припадки.

С середины 2014 года в России стали фиксироваться массовые отравления синтетическими наркотиками [37; 57]. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в 2014 году количество случаев отравлений курительными смесями среди населения возросло в 2,7 раза: с 2 061 случая в 2011 году до 7 052 случаев за 2014 год [57].

Анализируя острые отравления СК в сентябре – октябре 2014 года в ХМАО – Югре, Н. А. Волкова и соавт., (2016) установили, что при ингаляционном употреблении MDMB (N)-Vz-F (метилового эфира 2-[1- (циклогексилметил)-1H-индазол-3-илкарбоксамидо]-3,3-диметилбутановой кислоты) изменение состояния отмечается сразу после вдыхания (изменение совместно с выдохом). Настораживающим фактором является наличие в клинической картине отравления преобладающего угнетения сознания – оглушение, сопор, кома, а также центральных нарушений дыхания (при отрицательных результатах исследования наличия опиатов в моче методом иммуноферментного анализа). Также при отравлении синтетическими каннабиноидами отмечаются следующие симптомы: бред, потеря равновесия, нарушение активности и концентрации, слуховые галлюцинации, тактильные обманы восприятия на кожном покрове и внутренних органах, которые появляются раньше (у 2/3 обратившихся за медицинской помощью в ХМАО – Югре наблюдалась быстрая редукция психотических расстройств и расстройств поведения) и продолжают дольше, чем при употреблении классических каннабиноидов. Эффект от употребления не всегда зависит от количества принятого вещества. При употреблении MDMB (N)-Vz-F, TMCP-2201, также отмечены синдромы диссоциации и деперсонализации, параноидные приступы, агрессивность, переход к суицидальным действиям. Авторы делают выводы, что клиническая картина отравлений синтетическими каннабиноидами зависит от конкретного потребленного вещества, продолжительность клинических проявлений переменна.

А. А. Ершук и соавт., (2016) сообщают о более чем 350 случаях отравлений СК, каннабимиметиками за сентябрь-октябрь 2014 года в г. Сургут и о 89 случаях

верифицированных отравлений СК за 2014 год в г. Екатеринбурге.

Имеются сообщения о массовых отравлениях с июля 2014 года в Удмуртии наркотическими веществами из группы «Спайсов» [112].

Показано, что передозировки при употреблении курительных смесей связаны, в основном, с неравномерностью и неоднородностью нанесения СК на растительную основу и, соответственно, с колебаниями содержания активного компонента. Проведенные исследования позволили установить, что даже в пределах одной упаковки курительных смесей имеются существенные различия в содержании СК, что делает невозможным точную дозировку. Среднеквадратичные отклонения содержания активного компонента между несколькими пакетами продукции одного изготовителя достигали 33 %. А содержание одного и того же соединения в курительных смесях разных изготовителей может отличаться даже в несколько раз. Например, содержание СК JWH-210 в различных образцах курительных смесей варьировало от 22 до 150 мг на 1 грамм курительной смеси [146].

Экспертиза состава 3 000 изделий и веществ в форме травяных смесей, порошков, капсул, таблеток и «марок», содержащих синтетические каннабиноиды, в центральной Криминалистической лаборатории штата Арканзас (США) показала, что СК часто употребляются одновременно с другими видами наркотиков, включая марихуану, MDMA и метамфетамины. Каждый исследованный образец «дизайнерского» наркотика имел уникальный состав, зачастую сочетающий многие активные компоненты, при этом синтетические каннабиноиды составляли основную долю по сравнению с другими обнаруженными веществами. Присутствие синтетических каннабиноидов JWH-018, AM2201, JWH-122, JWH-210 и XLR11 в первую очередь обнаруживалось в составе травяных смесей и порошков [134].

При химико-токсикологических исследованиях мочи, взятой у пациентов при поступлении в отделение неотложной наркологической помощи Краевого наркологического диспансера г. Владивостока, Н. В. Андропова и соавт. (2015), описывают обнаружение веществ различных химических групп и в разных



комбинациях, преимущественно стимулирующего действия: производные индол-3-карбоновой кислоты и 8-оксихинолина (PB-22, PB-22F); производные индазол-3-карбоксамида (AB-PINACA, AB-CHMINACA); каннабинол, каннабидиол, тетрагидроканнабинол; фторметкатинон (FMC); альфа-пирролидиногексифенон ( $\alpha$ -PHP), альфа-пирролидиновалерофенон ( $\alpha$ -PVP), 3,4-метилendioкси-альфа-пирролидинобутиофенон (МДРВР); метилendioксипировалерон (MDPV), метилон, меткатинон [12]. В. П. Хорошилов и С. Н. Филиппов (2017), при химико-токсикологическом исследовании мочи 8 из 18 пациентов, перенесших интоксикационный психоз вследствие употребления СК, обнаружили различные синтетические каннабиноиды: OR-144, AB-CHMINACA, ThS-2201, MDMB-CHMINACA, RCS-4, JWH-203.

Интересен тот факт, что при изучении клинических особенностей отравлений, связанных с употреблением СК, Ларченко А. В., Кауров Я. В., Мудрова С. А. (2016) установили, что сочетанные отравления алкоголем и СК протекают легче, чем изолированные отравления синтетическими каннабиноидами как клинически, так и по оценке интегральных лейкоцитарных индексов эндогенной интоксикации. Данный факт обусловлен более ранней активацией системы цитохром P450 этанолом и, следовательно, более быстрым выведением токсических веществ из организма.

При систематическом употреблении курительных смесей, содержащих СК, наблюдается формирование синдрома зависимости [23; 182; 227]. Н. А. Бохан с соавт., (2014) при изучении преморбидных личностных особенностей подростков с наличием или отсутствием суицидального поведения установили, что для подростков с зависимостью от СК и аутоагрессивными тенденциями характерны личностные особенности эпилептоидного, истероэпилептоидного или неустойчивого типа, с преморбидной психической патологией в виде органических и невротических нарушений, у части лиц – с умственной отсталостью и расстройствами поведения. Для подростков с зависимостью от синтетических каннабиноидов без суицидального поведения типичны доминирование в преморбиде органических психических или невротических

расстройств, а также личностные особенности истероидного, истеронеустойчивого, epileptoидного или гипертимного типа [23].

Формирование синдрома физической зависимости от СК происходит в гораздо более короткие сроки, чем при гашишной наркомании. Zimmermann с соавт., (2009) описывает формирование синдрома физической зависимости у пациента после 8 месяцев регулярного употребления «SpaiceGold». Н. А. Бохан и О. Е. Кривулина, (2014) отмечают формирование абстинентного синдрома у подростков через 5–6 месяцев от начала употребления (из них приблизительно 2 месяца приходилось на эпизодическое употребление). В литературных источниках имеются сведения о развитии синдрома отмены, спустя 3 недели постоянного употребления [145]. При развитии абстинентного синдрома пациенты предъявляют жалобы на нарушения сна, раздражительность, подавленное настроение, снижение аппетита, потливость, перемежающееся чувство жара и холода [132]. Кроме того, в клинике состояния отмены СК описаны обильное потоотделение, головная боль, тошнота, повышение систолического давления от 140 мм.рт.ст. до 180 ммрт.ст., тахикардия, ЧСС до 125 уд./мин. [227], боли в мышцах [23; 132; 227], психопатологическая симптоматика – тревога, эмоциональная лабильность [23; 154; 227]. М. А. Винникова и С. М. Шахова (2016) описывают в структуре абстинентного синдрома, длящегося у больных 7–9 дней, тошноту, рвоту, приступы потоотделения, непреодолимое влечение к употреблению «Спайс», снижение настроения, чувство страха, паники, эпизодическое учащение сердцебиения.

Длительность абстинентного синдрома согласно другим литературным данным составляет 2–4 недели [132; 227].

#### **1.4 Психозы, вызванные употреблением синтетических каннабиноидов**

Одним из неблагоприятных побочных эффектов, вызванных употреблением СК, является развитие психотических состояний. Психозы возникают у пациентов, не имевших в анамнезе психических заболеваний, а также у

психиатрических пациентов в состоянии ремиссии. А. Paparelli, M. DiFortietal., (2011) отмечают существенный рост числа научных публикаций о психозах при употреблении наркотиков. Так, N. VanderVeen и J. Friday, (2011) описывают психотические состояния, развившиеся после интенсивного употребления курительных смесей, в составе которых содержались СК, у нескольких пациентов в возрасте 20–30 лет. В клинической картине выявлялись элементы бреда (отношения и преследования), обманы восприятия.

На возможность развития психозов при употреблении веществ данного класса указывают N. Hohmann с соавт.(2014), а также J. Simmons с соавт., (2011), Every-Palmer (2011), Muller H., Huttner H. B. et al. (2010), Muller H., Sperling et al. (2010), А. Д. Гагин и Д. А. Южакова (2011) и другие авторы. Например, Every-Palmer, (2011) в своём исследовании предполагает, что курительные смеси, содержащие JWH-018, способны вызывать психотические симптомы у людей, предрасположенных к развитию психозов.

На территории Российской Федерации за последние годы наблюдается увеличение числа интоксикационных психозов: за 2009–2013 годы отмечается рост госпитализации больных психозами, связанных с употреблением наркотических средств: их абсолютное число увеличилось с 782 человек в 2009 году до 4 868 человек в 2013 году, а относительный показатель вырос с 0,55 на 100 тыс. населения в 2009 году до 3,4 в 2013 году. Очевидно, что большую роль в увеличение этого показателя может вносить появление новых наркотиков с выраженным влиянием на психическую сферу человека, приводящую к развитию психозов [93]. В 2015 году наблюдается дальнейший рост числа госпитализаций больных психозами, связанными с употреблением наркотиков: абсолютное число увеличилось до 6 505, а относительный показатель вырос до 4,4 на 100 тыс. населения [95]. В 2016 году этот показатель несколько снизился, но остался на высоком уровне (3,8). За период с 2012 по 2016 годы показатель увеличился в 2,5 раза. [95].

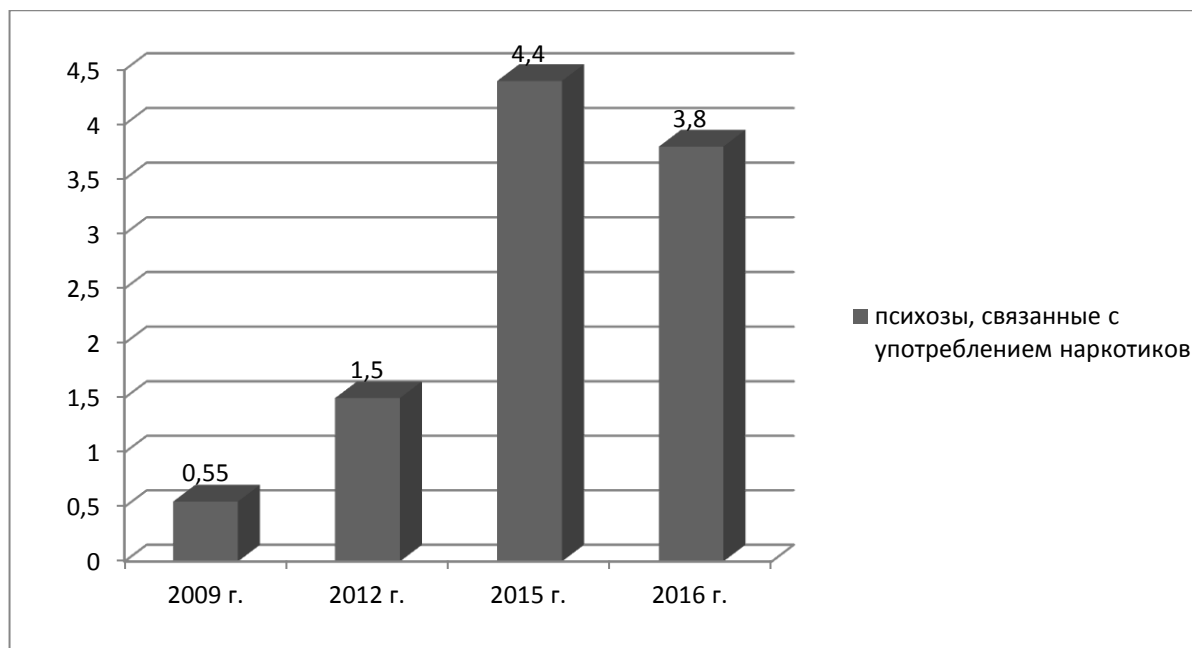


Рисунок 1 – Показатели общей госпитализации пациентов с психозами, связанными с употреблением наркотиков в Российской Федерации (на 100 тыс. среднегодового населения)

Особенно настораживает увеличение данного показателя среди подростков (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели общей госпитализации пациентов с психозами, связанными с употреблением наркотиков, в Российской Федерации среди подростков (на 100 тыс. подростков 15–17 лет) [95]

Нозология	2011	2012	2013	2014	2015	Прирост 2015/2014 (%)	Прирост 2015/2011 (%)
Психозы, связанные с употреблением наркотиков	0,6	1,0	3,2	4,1	5,0	22,0	733,3

Н. В. Андропова и соавт. отмечают рост госпитализации пациентов с интоксикационными психозами в отделение неотложной наркологической помощи Краевого наркологического диспансера г. Владивостока в 2014 году более чем в 3 раза, по сравнению с 2012 годом [12].

Ю. В. Зобнин и Е. М. Стадлер, (2014) отмечают более частые психотические проявления в виде богатых, ярко окрашенных зрительных галлюцинаций (раздробленные или геометрические мотивы), слуховых галлюцинаций, синдромов диссоциации и деперсонализации, параноидных приступов, агрессивности, перехода к суицидальным действиям при употреблении СК (JWH-018, JWH-122, JW-210, CP-47, 497 и др.), чем при употреблении классических каннабиноидов. Данные психотические проявления, по мнению авторов, не связаны с количеством и длительностью употребления наркотического вещества. В дальнейшем авторы отмечают восстановление без последствий, а также возможность рецидива при повторном приеме действующего вещества. Рецидивирование и персистирование психотических явлений наиболее часто отмечаются у пациентов, имевших предшествующие психические нарушения.

А. А. Синевич и А. В. Копытов (2016) сообщают, что психотические расстройства вследствие употребления курительных смесей в остром периоде у лиц с зависимостью от курительных смесей, представлены преимущественно в виде бредовых идей, расстройств мышления и подозрительности. В качестве нетипичных симптомов названы галлюцинаторные переживания. Авторы отмечают, что, несмотря на проводимое лечение, у определенного количества субъектов продолжала сохраняться продуктивная психопатологическая симптоматика, которая протекала латентно и не имела достаточно выраженной интенсивности. Среди факторов, способствующих сохранности продуктивной симптоматики и обуславливающих тяжесть имеющихся расстройств, авторы называют невротические нарушения, отставания в физическом развитии в детстве, отягощенную наследственность по наркопатологии, более продолжительный стаж употребления курительных смесей [114; 115].

По наблюдениям Л. Г. Зайцевой и соавт., (2016) длительность интоксикационных психозов, сформированных в результате действия «Спайсов», составляет от 1 до 7 суток. Они сопровождаются галлюцинаторной и полиморфной симптоматикой, в клинической картине ярко выражены тревога,

мания преследования, лабильность, наблюдается смена эмоциональных реакций. Часто встречаются рецидивы психотических состояний.

Известно, что употребление растительных каннабиноидов может служить пусковым фактором развития параноидной формы шизофрении [166; 167; 168; 191]. Исследователями было обнаружено, что употребление каннабиса имело специфическую связь с последующим развитием шизофрении [167]. По данным Arsenault L. et al., (2004), употребление каннабиса в подростковом возрасте в 2–3 раза повышает относительный риск возникновения шизофрении и шизофреноформного расстройства в зрелом возрасте. Чем раньше начинается употребление каннабиса, тем выше риск последующих психотических расстройств. Употребление каннабиса, по-видимому, не является необходимой или достаточной причиной развития психотического состояния, а составляет элемент совокупности причинных факторов. Меньшинство потребителей каннабиса испытывают на себе вредные последствия его влияния. Однако это меньшинство значимо как с клинической точки зрения, так и на уровне популяции. Подсчитано, что около 8 % случаев шизофрении могут быть предотвращены посредством исключения употребления каннабиса в популяции. Так и при употреблении курительных смесей, помимо возникновения преходящих психотических эпизодов, многими авторами предполагается возможность иницирующей роли употребления синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов в развитии шизофрении [22; 29; 46; 196; 219]. Так, А. Д. Гагин и Д. А. Южакова, (2011) исследовали группу пациентов, проходивших обследование и лечение с дебютами эндогенных психических заболеваний, у которых острому началу эндогенного психоза предшествовало употребление курительных смесей и каннабиноидов. Авторы отмечают развитие психоза у подавляющего большинства больных уже после первого употребления курительных смесей типа «Спайс» и марихуаны. Клиническая картина дебютирует острым, чётким началом: уже в течение ближайших часов, реже последующих, за употреблением курительных смесей и каннабиноидов суток, развиваются явления острого психотического состояния. В случае наличия хронического психического

заболевания, употребление СК утяжеляет предшествующую симптоматику и может приводить к появлению психических автоматизмов и слуховых галлюцинаций [181].

При изучении типологии психопатологических расстройств у лиц с зависимостью от СКН. А. Бохан и Г. Ю. Селиванов предположили, что дебют параноидной шизофрении у части больных (14 чел.) был последствием употребления СК, вследствие того, что наследственность данных пациентов не была отягощена психическими и наркологическими заболеваниями. Данные авторы описывают в дебюте заболевания синдром Кандинского-Клерамбо, включающий в себя слуховые псевдогаллюцинации императивного, комментирующего характера, зрительные галлюцинации, психические и моторные автоматизмы, выраженные парафренные бредовые идеи (мессианства, одержимости, сверхспособностей), расстройства мышления в виде резонерства, паралогий, амбивалентности, символизма, соскальзываний на фоне эмоциональной лабильности. Авторы отмечают, что заболевание носило непрерывный характер, ремиссии характеризовались кратковременностью, от 1 до 3 месяцев. Нередко отмечалась продолжающаяся наркотизация СК, что вновь провоцировало продуктивную симптоматику, приводящую к госпитализации в психиатрическое отделение. В поведении данных пациентов часто отмечается агрессивное поведение. Контакт с реальностью у этих личностей утрачен [22].

А. А. Андрусенко, (2016), изучая связь наркотизации синтетическими наркотиками с развитием первого эпизода шизофрении, делает вывод о том, что наркотизация не является прямой причиной, а носит характер экзогенной провокации манифестации психозов шизофренического круга у предрасположенных лиц. При этом она усложняет и видоизменяет клиническую структуру психоза [13].

Отсутствие у психиатров лабораторных способов подтверждения состояния опьянения становится дополнительным диагностическим барьером [82].

По данным ряда исследований [21], травматический компонент психотических переживаний существенно модифицирует регуляцию в сфере

аффекта у лиц с зависимостью от ПАВ, перенесших психотические состояния.

Описан клинический случай развития деменции у подростка после комбинированного употребления алкоголя и синтетического наркотического вещества «Спайса» [59]. На основании данных анамнеза, осмотров и результатов обследования в Областной клинической специализированной психоневрологической больнице № 1 Минздрава Челябинской области подростку 14 лет выставлен диагноз: Резидуальное психическое расстройство (вследствие комбинированного употребления алкоголя и «Спайса») с нарушением когнитивных функций до уровня умеренной умственной отсталости. В данном клиническом случае зафиксировано формирование дементного состояния, с последующей инвалидизацией пациента. Шилейко И. Д. и соавт. (2015), также отмечают снижение когнитивных функций – памяти, внимания, способности к абстрактному мышлению при длительном употреблении СК. М. Л. Чухловитина (2015), отмечает, что при приеме таких наркотических веществ, как препараты конопли, наблюдаются выраженные нарушения памяти, что обусловлено действием тетрагидроканнабинола, накапливающегося в гиппокампе. У лиц, употребляющих марихуану, развивается амотивационный синдром: они становятся вялыми, безразличными к близким, к своему здоровью, к работе, резко суживается круг интересов. Через 2–3 года после начала употребления гашиша, по предположению автора, выраженное снижение когнитивных функций может трансформироваться в расстройство личности. Возможно, подобные эффекты развиваются и при употреблении курительных смесей, содержащих СК.

Установлено, что помимо влияния на психическую сферу СК могут вызывать серьезные побочные эффекты в соматической и неврологической сферах. А. В. Цветков, (2015) описывает случай развития дисфункции заднелобной коры в сочетании с поражением лобно-теменных отделов правого полушария и вовлечением в патологический процесс базальных ганглиев, справа вследствие длительного (в течение 7 лет) употребления СК у мужчины 24 лет.

Имеются сообщения Центра по контролю и профилактике заболеваний о серии случаев острой почечной недостаточности у пользователей в 2012 году в



США, связанных с широким использованием синтетического каннабиноида XLR-11. В анамнезе пациентов отсутствовали сведения о ранее существовавшей почечной дисфункции или приеме лекарственных средств, которые могли бы вызвать поражение почек. Острая почечная и печеночно-почечная недостаточность развиваются и при отравлении синтетическими каннабиноидами [97].

Высокую частоту встречаемости таких осложнений, как судороги, ишемический инсульт, кардиотоксичность отмечают Monte A. A., Bronstein A. C. и соавт., 2014.; Hohmann N., 2014. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы при острой интоксикации СК описывают Heath T. S., Burroughs Z. et al., 2012; Mir A. et al., 2011. В частности, Mir A. et al. (2011), описывают случаи развития инфаркта миокарда у пациентов после курения синтетических каннабиноидов K2. Диагностика инфаркта миокарда была подтверждена изменением данных ЭКГ и повышением уровня тропонина.

В ряде публикаций описывается развитие судорожных припадков [209; 220] после употребления СК. Schneir A. B. и Baumbacher T. (2012) описывают развитие генерализованного судорожного припадка у 19-летнего пациента после употребления курительной смеси, в остатках которой впоследствии при лабораторном исследовании были обнаружены JWH-018, JWH-081, JWH-250 и AM-2201. Механизмы развития судорожных приступов у потребителей СК в настоящее время неизвестны. Имеются данные МРТ исследования головного мозга лиц, злоупотребляющих синтетическими каннабиноидами, у которых наблюдается утолщение мягкой и паутинной мозговых оболочек, что может быть следствием генерализованных тонико-клонических приступов или временного повреждения гематоэнцефалического барьера [47; 48; 229].

Предполагается определенный потенциал канцерогенности некоторых СК, вследствие вдыхания дыма, образующегося при курении. Местные токсические реакции формируются вследствие регулярного воздействия продуктов горения курительных смесей на слизистые оболочки дыхательных путей и проявляются фарингитами, ларингитами и бронхитами [119].

При длительном злоупотреблении СК, особенно у подростков могут развиваться нарушения иммунной системы и связанный с ними рост заболеваемости онкопатологией, снижение памяти [170].

А. А. Синевич и А. В. Копытов, (2016) в своем исследовании отмечают снижение полового влечения и сексуальной активности у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов.

### **1.5 Изучение мотивов употребления синтетических каннабиноидов. Психологические характеристики и эмоциональные нарушения у потребителей синтетических каннабиноидов**

В работах отечественных и зарубежных авторов проводится изучение предметного содержания и сущности самих мотивов [75], аддикции как поведения, которое выражается в уходе от реальности посредством изменения психического состояния, так как определенное исходное состояние по каким-либо причинам не устраивает субъекта, и он пытается добиться состояния, которое бы ему нравилось [65], а также исследование мотивов употребления психоактивных веществ в современных условиях [5; 43; 74; 79; 84; 108]. Так, Леонова О. В., Миронова Ю. Г. (2013) показали, что мотивами употребления наркотиков являются: в 28,8 %, – «из интереса, любопытства», в 27,2 %, – «получение удовольствия», в 20,0 % – «от нечего делать», в 19,2 % – «для снятия напряжения», в 10,4 % – «чтобы уйти от личных проблем», в 9,6 % – «из-за проблем в семье», в 9,6 % – «чтобы испытать острые ощущения», в 8,0 % – «чтобы уважали друзья и знакомые». Как свидетельствуют полученные данные, в большинстве случаев употребление наркотиков начинается не в тяжелой жизненной ситуации, а из интереса и получения удовольствия, а также «от нечего делать» [74]. Bonar E. E. et al. (2014) сообщают, что 91 % обследованных при выборе нескольких мотивов употребления синтетических каннабиноидов указали любопытство, 89 % – получение опьянения, 71 % – для расслабления, 71 % – достижение состояния опьянения при отрицательном тесте на наркотики [161].

По мнению ряд авторов, аддиктивные пациенты активно и даже намеренно продлевают состояние дистресса, продолжая компульсивно употреблять наркотические вещества и связывают это с компульсивным стремлением повторят оставшуюся неразрешенной боль, появившуюся на ранних стадиях развития [183; 207].

Возможно незаконное применение СК в качестве допинговых средств. [49].

Аффективные нарушения при наркотической зависимости, также как и при алкогольной, по мнению большинства авторов, практически обязательны для любых этапов ее формирования [2; 3; 21; 23; 24; 60; 80; 83; 81; 92; 110]. Аффективные расстройства присутствуют как в структуре патологического влечения к психоактивным веществам, так и облигатно определяются в состояниях отмены, постабстинентный и ремиссионный периоды [2; 3; 20; 21; 25; 41; 60]. Кроме того, они определяются и у пациентов с нехимическими зависимостями [2; 3; 4; 17; 39; 40; 101].

По данным различных авторов, депрессивные и тревожные нарушения определяются у 13–30 % активных потребителей ПАВ [60; 197]. В структуре абстинентного синдрома частота аффективных нарушений может достигать 95 % [2; 3].

Согласно литературным данным, наиболее часто у наркологических пациентов встречаются нарушения депрессивного спектра – депрессии, дисфории, дистимии, апатические, астенодепрессивные состояния, а также тревожные, тревожно-депрессивные расстройства, эмоциональная неустойчивость, астения и низкая мотивация к деятельности [20; 60; 81; 92]. Е. В. Черепкова и Н. А. Бохан (2010), показали, что практически у всех пациентов с химической аддикцией всех возрастных групп, даже у потребителей ПАВ до 18 лет, которые впервые госпитализируются с диагнозом «употребление с вредными последствиями» или «зависимость от ПАВ первой степени», изначально диагностируется нестабильность настроения. Психические состояния с ровным фоном настроения непродолжительны, под воздействием даже незначительных, субпороговых неблагоприятных факторов возникают раздражительность, агрессивность,

дисфоричность. Подобные изменения развиваются у данного контингента не только при фрустрирующих обстоятельствах, но и при отсутствии возможности немедленного удовлетворения любого желания.

Изучение диссоциативных феноменов проводилось в рамках разных школ, подходов и направлений.

N. G. Wallerand F. W. Putnam (1996), проанализировав довольно значительный массив данных, собранных при помощи DES (Dissociation Experience Scale) как на клинических, так и на «нормальной» популяциях, показали, что так называемая патологическая диссоциация является таксоном, тогда как «нормальная» диссоциация представляет собой континуальную переменную. Другими словами, они показали, что механизмы патологической диссоциации отличны от механизмов «нормальной» диссоциации.

V. A. Van der Kolk et al., в своих работах (1995, 1996) относят термин диссоциация к процессам обработки информации и определяют диссоциацию, как способ ее организации.

W. J. Ray (1996), считает, что концепция диссоциации относится к измененным состояниям сознания, которые влекут за собой изменения процессов памяти.

Согласно A. M. Ludwig (1983), диссоциация является процессом, посредством которого определенные психические функции, которые обычно интегрированы с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида и процессов воспроизведения памяти.

Границы понятия «диссоциация» уточняются до настоящего времени [21]. В. Б. Никишина и соавт. (2015), в своем исследовании представляют нейропсихологический подход к рассмотрению феномена диссоциации. Как зарубежными, так и отечественными учеными установлено, что *диссоциирование*, то есть создание автономной личностной структуры, возможно не только в рамках функционирования диссоциации, как первичного защитного механизма, но и при длительном воздействии психофармакологических веществ, изменяющих

психическое состояние, в том числе и психоактивных веществ [21; 187; 212].

Исследование феномена диссоциации имеет важное практическое значение. Согласно исследованиям В. Б. Никишиной и соавт. (2015), трансформация диссоциированного образа Я к норме позволяет инициировать мотивационные процессы, связанные с лечением, восстановлением и последующей реабилитацией пациентов с алкогольной зависимостью.

Ранее считалось, что диссоциативные расстройства встречаются достаточно редко, и в картине других психических расстройств диссоциации много внимания не уделялось. Однако в ряде научных исследований [160; 205; 206; 218], показан относительно высокий уровень распространенности данного расстройства в клинической популяции: от 2,4 % до 11,3 %, согласно данным разных авторов.

Определение понятия диссоциация можно развести по трем группам в зависимости от того, на каком из аспектов диссоциации в них ставится акцент: процессуальном, адаптивном, феноменологическом. Таким образом, в зависимости от контекста, о диссоциации говорят как о процессе, механизме психологической защиты, психическом состоянии и/или психопатологическом и психиатрическом симптоме или синдроме [1].

Кроме того, одним из частых и значимых для формирования зависимого поведения факторов является алекситимия [80; 83; 102; 110]. Алекситимию изучали, в частности, Сифнеос (1967) и Сифнеос и Немия (1970). Однако их исследование касалось, в основном, психосоматических расстройств. В более поздний период алекситимия была возведена в ранг экстраординарной категории Ханзян и Генри Кристалом, как некая личностная черта, типичная для потребителей ПАВ. Krystal в своих наблюдениях обнаружил, что у лиц с зависимостью от наркотиков имело место аффективное расстройство, состоящее из аффектной дифференциации, девербализации и ресоматизации [184]. У таких пациентов обнаруживалось тяжелое расстройство аффективных форм и функционирования. Их эмоции протекали в смутной, недифференцированной, соматической форме; то есть они испытывали ощущения, а не аффекты. Они не были способны облечь свои эмоции в слова, поэтому не могли использовать их в

качестве сигналов для себя. Люди, злоупотребляющие химическими веществами, могут использовать их для управления аффектами, особенно когда эти аффекты оказывается трудно уловить, различить и дать им название [183].

Проблеме алекситимии в настоящее время уделяется значительное внимание исследователей в связи с увеличением числа лиц, страдающих наркоманией, алкоголизмом и другими видами аддикций [6]. В ряде научных публикаций показано наличие алекситимических характеристик у пациентов с химическими зависимостями [58; 61; 62; 63; 130].

Психологические особенности потребителей СК освещены в работе Л. А. Бенько и соавт., (2014). Авторы оценили распространенность алекситимического типа личности, а также агрессивных и враждебных реакций среди 48 подростков, употребляющих курительные смеси. По полученным авторами данным, среди подростков, употребляющих курительные смеси, алекситимический тип личности выявлен в 35,4 % случаев; неалекситимический тип – в 22,9 %; группу риска по алекситимии составили 41,6 % обследованных [58]. Выявленный алекситимический тип, считают данные авторы, вполне можно рассматривать как предикторный фактор формирования зависимости, так как люди, страдающие алекситимией, характеризуются примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, как следствие, быстрым формированием психологической зависимости от суррогатно добываемых «удовольствий», «кайфа».

Наличие алекситимических проявлений во многом составляет особенность психических заболеваний [68]. Многие авторы считают, что алекситимия может быть как устойчивой личностной характеристикой, так и преходящим состоянием, связанным с ситуацией стресса [21; 52; 61; 62; 63; 92].

Продолжается изучение выраженности алекситимии и в структуре практически здоровой личности. Так, экспериментальное исследование основных факторов формирования алекситимии в группе практически здоровых индивидов проводили В. Я. Семке и соавт. (2009). Их исследование позволяет рассматривать высокую тревожность, проявления (как открытые, так и косвенные) агрессивных способов реагирования, низкие способности к эмпатийному и эмотивному

восприятию мира как факторы, обуславливающие формирование алекситимических черт [111].

О. В. Кремлева и соавт. (2013), отмечают в своем исследовании тесную взаимосвязь алекситимии с наличием в состоянии больного тревожного и депрессивного компонентов.

Нарушения в эмоциональной сфере, вызванные потреблением психоактивных веществ, препятствуют удержанию пациентов в лечебно-реабилитационных программах и формированию стойких ремиссий, приводят к рецидиву заболевания, влияют на формирование мотивации к отказу от ПАВ, могут являться причиной суицидов у наркологических больных [2; 3; 51].

Опосредованное влияние СК на аффективную сферу, вероятно, более сложно и многообразно и выходит за рамки имеющихся на сегодняшний день исследований. Ц. П. Короленко с коллегами (2017), описывает развитие у пациента после употребления курительной смеси такого редкого психического состояния (психоза), как бедность эмоционального участия, являющегося одной из форм монополярной депрессии.

Нейропсихологические особенности пациентов с зависимостью от СК освещены в работе А. А. Синевич и А. В. Копытова. Исследователи получили данные, свидетельствующие об истощаемости психических процессов, функций внимания и некоторой инертности психической деятельности у исследуемой категории больных. Авторы предполагают, что данные факты могут быть обусловлены явлениями астении, начальными проявлениями церебральной недостаточности или низкой психической выносливостью [117]. Нарастающая социальная дезадаптация больных также может быть обусловлена нейропсихологическими особенностями данного контингента больных. Так, А. А. Синевич и А. В. Копытов (2017), установили, что лица с зависимостью от СК, имеют особенности нейрокогнитивной организации психических процессов, определяющих специфику личностных особенностей, проявляющуюся в безответственности, безразличии, незаинтересованности результатами своей деятельности, отсутствие трудолюбия и целеустремленности.

## **1.6 Качество жизни и социальная адаптация пациентов с зависимостью от синтетических каннабиноидов**

Качество жизни и социальная адаптация с медицинской точки зрения всегда тесно связано с состоянием здоровья. В настоящее время в контексте этой взаимосвязи широко изучаются как популяционные показатели качества жизни, так и показатели качества жизни при различных заболеваниях [66; 89; 103]. Кроме того, вопросы изучения социального функционирования пациентов различного профиля изучаются и с позиций фармакоэкономического анализа [89].

Исследование уровня социального функционирования качества жизни у пациентов с психическими расстройствами и их динамика в процессе проводимого лечения является объектом анализа многочисленных научных исследований [32; 87; 127; 128; 148; 151].

Вопросы влияния зависимости от СК и перенесенных психозов вследствие их употребления на качество жизни и субъективную оценку социальной адаптации пациентов в настоящее время практически не освещены в научной литературе.

При существовании значительного количества различных шкал и методик, позволяющих оценить вопросы качества жизни пациентов с соматическим заболеваниями и психическими расстройствами, в том числе у наркологических больных, значительное распространение получил общий опросник изучения качества жизни Short Form Medical Outcomes Study (SF-36). Данный вид инструментария широко применяется как в популяционных, так и в специальных исследованиях изучения качества жизни [32; 86; 89; 103]. Хорошо известны и пользуются популярностью у исследователей также опросник качества жизни ВОЗ (World Health Organization's Quality of Life WHOQOL-100), опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса – Р. Даймонда.



## **1.7 Терапия психотических состояний и синдрома зависимости у потребителей синтетических каннабиноидов**

Трудности лечения пациентов с зависимостью от СК обусловлены не только скоростью формирования аддикции, но и формированием расстройств, которые традиционно рассматриваются в психиатрическом реестре. Разделение психиатрической и наркологической помощи у пациентов с так называемым двойным диагнозом, неудовлетворительным образом сказывается на качестве лечения больных [113].

При оказании наркологической помощи пациентам с двойным диагнозом рекомендуется соблюдать следующие принципы:

- применение интегративных низкопороговых лечебных программ;
- приоритетный характер лечения психических расстройств над аддиктивными;
- использование наиболее современных средств фармакотерапии в сочетании с психосоциальной поддержкой;
- предпочтительное назначение лекарственных средств, не вызывающих пристрастия и зависимости [113; 175].

В лечении интоксикационных психозов описывается использование дезинтоксикации физиологическим раствором и 5 %-ным раствором глюкозы с добавлением витаминов группы С и группы В, для седации применяются транквилизаторы (элзепам в средней суточной дозе 4–6 мг, при выраженном психомоторном возбуждении и наличии бреда применяются комбинация транквилизаторов в средних дозах с галоперидолом в дозе до 10 мг в сутки), при маниоформном синдроме применяется галоперидол в суточной дозе 10 мг в комбинации с аминазином в дозе до 100 мг в сутки. Для снятия влечения к психоактивным веществам в комплексном лечении интоксикационных психозов применяются карбамазепин в дозе до 400 мг в сутки, неулептил в дозе до 30 мг в сутки. При наличии симптомов токсического гепатита применяются

гепатопротекторы. В лечебный комплекс включаются также ноотропы, УФО крови [139].

Фармакотерапия при злоупотреблении СК, как и при злоупотреблении растительными каннабиноидами, направлена на купирование синдрома отмены, снижение тяги, уменьшение проявления симптомов тревоги и депрессии. Основными группами препаратов, которые используются в терапии злоупотребления каннабиноидами, являются антидепрессанты, нормотимики, препараты заместительной терапии: дронабинол, римоабант (последние – в зарубежной практике). Различные психотерапевтические техники направлены на выработку устойчивой мотивации к лечению, исправление дезадаптивных шаблонов поведения, закрепление здоровой модели поведения [47; 48].

В настоящее время отсутствуют данные катамнестического изучения исходов течения наркомании, вызванной употреблением СК.

Особо важное значение приобретают вопросы разработки принципов комплексного лечения и реабилитационных мероприятий больных данной группы. С. А. Игумнов и П. С. Лапанов (2014), освещают некоторые вопросы лечения зависимости от СК, проводя аналогию между лечением данной патологии и лечением гашишной наркомании.

Н. А. Бохан и Г. Ю. Селиванов (2015), отмечают, что состояние пациентов с психозами, вызванными употреблением СК, купировалось после введения нейролептика и транквилизатора и последующего назначения дезинтоксикационной терапии с транквилизаторами и, у части пациентов с нейролептиками. В схеме лечения пациентов с дебютом параноидной шизофрении, инициированной, предположительно воздействием СК, описано использование типичных и атипичных нейролептиков и нейролептиков пролонгированного действия [22].

Г. В. Порядин и Ю. В. Шарпань (2015), предлагают в лечении абстинентного синдрома, вызванного употреблением СК, назначение пациентам адrenoблокаторов, транквилизаторов, нейролептиков, витаминов. Для

купирования депрессии, вегетативной дистонии, состояния напряжения, тревожных расстройств и повышенного беспокойства в состоянии абстиненции, данные авторы предлагают использование буспирона (спитомина), обеспечивающего выраженные анксиолитический и антидепрессивный эффекты.

Опубликованы данные об эффективности тропных препаратов (холин-, аденозинергических) в снижении выраженности адренергического синдрома, вызванного отравлениями спайсами. При этом установлено, что комбинация глиатилина и цитофлавина способствует восстановлению когнитивных функций больных, однако, не влияет на динамику интоксикационного синдрома в острейшем периоде его развития [16].

Многими авторами подчеркивается важная роль психотерапевтической составляющей в комплексном лечении пациентов с зависимостью от СК [22; 23, 27; 28; 47; 48; 139; 226]. Используются такие психотерапевтические воздействия, как индивидуальное и групповое консультирование, мотивационное подкрепление, когнитивная терапия, 12-шаговые программы самопомощи. А. Venyamina et al. (2008), а также Е. М. Крупицкий и соавт., (2009) отмечают, что в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях при лечении больных с зависимостью от каннабиноидов, свою эффективность доказала когнитивно-поведенческая терапия, бихевиоральная терапия, а также подходы, направленные на улучшение мотивации. Довольно неплохими были результаты применения кратковременных вмешательств.

В известном проекте MATCH (США, 1989–1997 гг.) продемонстрированы сходные результаты эффективности трех разных психотерапевтических подходов (психотерапия, нацеленная на повышение мотивации, подготовительные сеансы к программе «12 шагов» и когнитивно-поведенческая психотерапия). Курс из четырех сеансов психотерапии «мотивационного усиления», оказался столь же эффективным, как и 12 сеансов двух других методов [201]. Возможно, в отношении пациентов с зависимостью от СК, так же как и в отношении пациентов с алкогольной зависимостью, эффективность терапии мотивационного подкрепления также высока. Многими авторами подчеркивается эффективность

мотивационного интервью и мотивационной психотерапия при различных видах психических и поведенческих расстройств, вызванных злоупотреблением ПАВ, в том числе при алкогольной и наркотической зависимости [21; 90; 78; 90; 106; 176; 190; 200; 203; 204]. Мотивационное интервью является директивным, центрированным на клиенте стиле консультирования в исследовании и разрешении амбивалентности. В основе метода лежат работы J. O. Prochaska et al. (1992), S. Rollnick et al, 1999, W. R. Miller et al., 2003, получившие продолжение в нашей стране в трудах Н. А. Сироты и В. М. Ялтонского, (2005). Данный метод может являться основой как основой каждого психотерапевтического взаимодействия врача-психиатра – нарколога, психотерапевта, психолога с пациентом, так и отдельно избранным подходом с регламентированным количеством психотерапевтических сессий. Мотивационное интервью может проводиться индивидуально или в группе на протяжении всего лечебно-реабилитационного процесса [33].

Е. И. Мишкина и соавт., (2013) в своем исследовании показали эффективность арт-терапии, как метода коррекции поведенческих нарушений, для подростков употреблявших ПАВ.

При проведении психотерапевтической коррекции в терапевтическую программу желательно вовлекать родственников пациентов и созависимых членов семьи. А. А. Синевич и А. В. Копытов (2016), в своем исследовании социально-демографических факторов и последствий употребления синтетических каннабиноидов установили, что большинство исследуемых пациентов с зависимостью от синтетических каннабиноидов имело достаточно высокий уровень поддержки со стороны родственников и близких людей – 81,7 %, что может в дальнейшем сказаться на положительных результатах лечения и реабилитации зависимых.

При проведении реабилитационных мероприятий лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, члены реабилитационной бригады должны четко представлять свои задачи, обязанности и границы своих профессиональных возможностей (в частности, разграничения

психопатологического, психологического и социального уровня воздействия) и подготавливать почву для постепенного перехода реабилитируемых лиц от медицинского к социальному этапу реабилитации [18].

В последние годы получили распространение методы дистанционного лечения и контроля пациентов с помощью специально разработанных компьютерных программ. Разрабатываются специальные программы постепенного снижения кратности потребления наркотиков, в зависимости от степени тяжести зависимости и контроля со стороны врача в режиме онлайн. Поддержка пациентами друг друга, помощь в борьбе с тягой и негативными переживаниями также осуществляются через интернет-сообщества [47; 48]. Rooke S. et al. (2013), проведя исследование результатов использования интернет-программ, включающих когнитивно-поведенческую и мотивационную психотерапию, предполагают, что вмешательства через Интернет могут быть эффективным средством лечения расстройств, вызванных употреблением каннабиса и снижения нагрузки на систему здравоохранения.

Для повышения эффективности применяемой терапии рекомендуется применять и немедикаментозные методы, которые позволяют уменьшить побочные эффекты лекарственной терапии, снизить дозировки препаратов, объем дорогостоящего психофармакологического лечения [19]. Например, курсовое назначение сеансов оксигипертермии в капсуле «альфа-окси-спа физиокомплекс» вызывает тренирующие эффекты в ответ на комплекс физических воздействий, приводя к повышению психофизиологических резервов [105].

С учетом хронического характера течения наркологических заболеваний, важным критерием лечения больного является улучшение его качества жизни и социального функционирования, даже при продолжающемся потреблении наркотиков [32; 44]. В этом случае лечение пациента в наркологическом стационаре способствует кратковременному или стабильному улучшению физического и психического здоровья пациентов. Так, М. Ю. Городнова (2014), предполагает, что увеличение количества и длительности госпитализаций способствует повышению качества жизни пациентов с опиоидной наркоманией,

даже в случае продолжения наркотизации, а пациенты с разной продолжительностью настоящей госпитализации имеют различия в изначальных показателях качества жизни, что отражает влияние последних на их выбор остаться или нет в лечебной среде [32]. Рудой А. С. и соавт. (2016) также считают, что случаи повторной госпитализации пациентов отделения по собственной инициативе, с целью последующей полноценной реабилитации свидетельствуют об успехах в терапии.

Применение научно обоснованных подходов к организации системы лечебно-реабилитационного процесса и использование новых реабилитационных технологий значительно повышает терапевтическую эффективность, что выражается в формировании у пациентов длительных и устойчивых ремиссий. Действительно, длительность ремиссии, как ни один другой показатель, свидетельствует о стабильном состоянии пациентов и об их мотивации на воздержание от употребления алкоголя или наркотиков [18; 70].

Предполагается, что пути рецидивирования сходны при различных видах аддикций [221]. Выделение групп риска среди пациентов, находящихся в состоянии ремиссии, является важной задачей в профилактике рецидивов заболевания [137; 228].

Вопросы профилактики злоупотребления синтетическими каннабиноидами в настоящее время требуют дальнейшей разработки. Социологическое исследование в части изучения оптимальных форм информирования молодёжных групп населения показало, что первичная антинаркотическая пропаганда и информирование через телевидение, Интернет, телеканалы внутри образовательных учреждений, проведение тематических лекций, групповых бесед со специалистами, с выздоравливающими больными, будут успешны при избирательном выборе форм пропаганды для каждой конкретной группы учащихся – школьников, студентов ВУЗов, учащихся учреждений среднего профобразования [11]. Таким образом, при проведении мероприятий по первичной профилактике следует дифференцировать аудиторию по социальному статусу, типу учреждения образования, возрасту и способам трансляции

информации. Для практической работы полезны сведения о том, какая информация, образы остались в памяти у участников профилактической работы непосредственно после проведения мероприятия, через месяц, год. Эти данные могли бы помочь корректировать или оптимизировать формы первичной профилактики [131].

И. А. Чиркова (2013), придает большое значение работе психолога с семьями младших школьников, как эффективный метод профилактики девиаций и зависимостей в подростковом возрасте.

Таким образом, актуальность заявленной темы обусловлена недостаточной разработанностью вопросов течения, клиники, формирования зависимости от СК среди лиц, перенесших психотические состояния вследствие их употребления.

## ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в 2013–2017 гг. на базе Государственного бюджетного учреждения Новосибирской области «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3» (ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3») и Государственного бюджетного учреждения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер» (ГБУЗ НСО «НОКНД») и включало в себя следующие этапы:

- этап I – отбор пациентов на исследование (методом сплошного скрининга);
- этап II – сравнительный анализ конституционально-биологических особенностей у пациентов исследуемых групп; социально-психологических факторов и особенностей мотивов употребления СК; возникающих эмоциональных расстройств, а также субъективной оценки социальной адаптации у лиц с синдромом зависимости с перенесенными психотическими состояниями и без них;
- этап III – систематизация полученных данных проведенного клинического исследования, статистическая обработка полученных данных в рамках задач настоящего научного исследования и оформление результатов;

### 2.1 Характеристика клинического материала

Пациенты включались в исследовательскую выборку после ознакомления с информацией о целях и методах исследования (приложение А) и подписания информированного согласия (приложение Б). Форма информированного согласия утверждена комитетом по этике ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 76 от 17.06.2015 г.).

Основная группа (ОГ) сформирована из пациентов, поступивших на лечение в ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3». Были скринированы 1 270 больных, госпитализированных с диагнозом «Психотическое расстройство в результате употребления ПАВ». Из них на основании клинического обследования были



выявлены 677 человек - потребителей СК с диагнозом, удовлетворяющим общим критериям синдрома зависимости. В исследование не включались лица с психиатрической патологией в анамнезе (шизофрения, аффективные расстройства, эпилепсия и другие), лица со сформированным синдромом зависимости от алкоголя и других ПАВ (за исключением СК и табака), а также лица, допускавшие в течение последнего года неоднократное употребление других наркотических или токсических средств, за исключением СК. Информированное согласие на исследование после выхода из психотического состояния предоставили 77 человек (в том числе 71 мужчина и 6 женщин), составивших основную группу настоящего исследования. Из 77 человек, включенных в основную группу, 39 человек перенесли психотическое состояние впервые, 20 человек были госпитализированы по поводу второго психотического эпизода, 18 человек – по поводу третьего или более.

Таким образом, критериями включения пациентов в основную группу явились: письменное согласие пациента на исследование, диагноз психотического расстройства, вызванного употреблением СК или его отменой, диагноз синдрома зависимости от каннабиноидов, удовлетворяющий общим критериями МКБ-10, возраст 18–45 лет, отсутствие при химико-токсикологическом исследовании (ХТИ) мочи, полученной при госпитализации, других ПАВ за исключением СК или их комбинации.

Для сравнения скринированы 363 человека, проходивших обследование и стационарное лечение в ГБУЗ НСО «НОКНД» с диагнозом «Синдром активной зависимости вследствие употребления синтетических каннабиноидов». Из исследования исключены пациенты, допускавшие в течение последнего года неоднократное употребление других наркотических или токсических средств (каннабиноиды, опиоиды, психостимуляторы и другие). Включение в исследование проводилось при отсутствии в образцах биологической жидкости при ХТИ мочи подтверждающим методом других ПАВ, кроме СК. Из числа оставшихся отобраны пациенты без психотических расстройств и коморбидной психиатрической патологии. Информированное согласие на

исследование предоставили 70 человек, в том числе 64 мужчины и 6 женщин).

Критериями включения в контрольную группу (КГ) послужили: письменное согласие пациента на исследование; диагноз, удовлетворяющий общим критериям синдрома зависимости от каннабиноидов по МКБ-10; отсутствие при ХТИ мочи, полученной при госпитализации, других ПАВ за исключением СК или их комбинации; возраст 18–45 лет.

Критериями невключения в ОГ и КГ послужили: отказ пациента от участия в исследовании на любом его этапе, неоднократное употребление пациентом в течение последнего года других наркотических или токсических веществ, за исключением СК, сформированный синдром зависимости от алкоголя и других ПАВ, за исключением СК, наличие коморбидной психиатрической патологии, тяжелые органические поражения головного мозга, выраженная соматическая патология, обнаружение при ХТИ мочи, полученной при поступлении других ПАВ, за исключением СК.

С целью обработки и систематизации данных исследования использовалась специально разработанная «Карта пациента», которая содержала сведения о возрастном и гендерном составе участников исследования, наследственной отягощенности психическими и наркологическими заболеваниями, социальном статусе, наличии в анамнезе дополнительных отягчающих факторов (черепно-мозговые травмы), возрасте начала употребления СК, мотивах употребления, времени формирования синдрома зависимости от СК, результаты исследования психологических характеристик и эмоциональных расстройств. «Карта пациента» представлена в приложении В.

Заполнение «Карты пациента» проводилось на основании сбора анамнеза, клинического обследования пациентов, данных медицинской документации, а также сведений, полученных от родственников с соблюдением принципов биомедицинской этики, то есть с обязательным информированным согласием больных.

## 2.2 Методы исследования

Основными методами исследования явились:

- 1) клинико-психопатологический – распознавание психиатрической и наркологической патологии, выявление ее структуры (синдромов) и особенностей у пациентов исследуемых групп;
- 2) экспериментально-психологический – использование психодиагностических оценочных шкал и психометрического инструментария;
- 3) лабораторный (химико-токсикологический);
- 4) статистический– с использованием пакета статистических программ STATISTICA и SPSS.

С целью исследования мотивов употребления СК, объективизации проявлений тревоги и депрессии, степени выраженности алекситимии и диссоциативных явлений, а также самооценки социальной адаптации использовались как методы клинического интервью, так и психометрический инструментарий:

- 1) для изучения расстройств депрессивного спектра у лиц из исследуемых групп использовалась шкала Цунга для самооценки депрессии, адаптированная Т. И. Балашовой в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (1992 год) –приложение Г.

Пациенту предлагается внимательно прочитать каждое высказывание в бланке с вопросами и зачеркнуть соответствующую цифру в зависимости от того, как он себя чувствует последнее время.

Обработка результатов проводится следующим образом:

Общий балл по методике определяющий наличие или отсутствие депрессии рассчитывается по формуле:

$$УД = \sum пр. + \sum обр.,$$

где  $\Sigma$ пр. – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma$  обр. – сумма цифр, «обратных» зачеркнутым, к высказываниям № 5, 6, 11, 12, 16, 17, 18, 20.

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов:

- если УД не более 50 баллов – диагностируется состояние без депрессии;
- если УД более 50 и менее 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза;
- показатель УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия;
- более 70 баллов – истинное депрессивное состояние [76].

2) объективное определение степени тяжести тревоги проводилось с помощью шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина (приложение Д).

Шкала состоит из 40 вопросов, в том числе из 20 вопросов, характеризующих реактивную тревожность (опросник А) и 20 вопросов, характеризующих личностную тревожность (опросник Б). Реактивная тревожность исследуется первой. Для снижения вероятности образования установки на положительные или отрицательные вопросы в каждый из опросников включено примерно одинаковое число суждений, характеризующих высокую и низкую степень тревожности. Пациенту предлагается ответить на вопросы, указав, как он себя чувствует в настоящий момент (реактивная тревожность, 1–20 вопросы) и как он себя чувствует обычно (личностная тревожность, 21–40 вопросы). На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа по степени интенсивности реактивной тревожности и личностной тревожности [76].

3) для определения уровня алекситимии у пациентов использовалась Торонтская шкала алекситимии (TAS), адаптированная в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (приложение Е).

TAS-26 состоит из 26 вопросов, из которых ряд интерпретируется в прямых значениях, а ряд – в противоположных, что позволяет снизить установочность ответов испытуемого.

В вопросах 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25 и 26 ответ «совершенно не согласен» оценивается в 1 балл, «скорее не согласен» – 2 балла, «ни то, ни другое» – 3 балла, «скорее согласен» – 4 балла, «совершенно согласен» – 5 баллов.

В вопросах 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21 и 24 ответ «совершенно не согласен» – оценивается в 5 баллов, «скорее не согласен» – 4 балла, «ни то, ни другое» – 3 балла, «совершенно согласен» – 1 балл.

Теоретически возможное цифровое распределение результатов по шкале – от 26 до 130 баллов. Алекситимический тип личности диагностируется при наборе пациентом 74 баллов и более, неалекситимический – при 62 и ниже. Количество баллов от 63 до 73 свидетельствует о наличии риска по развитию алекситимии.

4) шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES) была разработана как инструмент для работы в клинике, с целью выявления пациентов с диссоциативной симптоматикой, а также как исследовательский инструмент, дающий возможность оценки выраженности диссоциативных состояний и переживаний [129; 159]. DES представляет собой краткий опросник, состоящий из 28 вопросов, в котором испытуемого просят оценить, как часто в повседневной жизни он переживает то или иное диссоциативное состояние. Шкала разрабатывалась для измерения диссоциации как постоянной черты в противоположность ситуативной. Этот опросник предназначен для надежной, валидной и удобной количественной оценки диссоциативных переживаний. Предполагалось, что DES будет использована как для определения вклада диссоциации в клиническую картину различных психиатрических расстройств, так и для скрининговой оценки диссоциативных расстройств или расстройств, значимой составляющей которых является диссоциация [129]. Методика широко используется и для оценки диссоциативных феноменов на неклинической

(нормальной) популяции, но обычно респонденты из «нормальной» популяции располагаются на довольно узком интервале низких значений шкалы, то небольшие различия между значениями шкалы «нормальных» респондентов могут оказаться статистически незначимыми. Вместе с тем есть ограничения: возраст респондента не должен быть менее 18 лет. Наконец, шкала не создавалась как диагностический инструмент, поэтому, высокие оценки не должны быть истолкованы как признак диагноза диссоциативных расстройств. Шкала представляет собой опросник самоотчета. В инструкции респондента просят оценить частоту переживания им того или иного диссоциативного феномена, когда он не находился в состоянии интоксикации психоактивными веществами (наркотики, алкоголь). В том случае, когда респонденту по тем или иным причинам трудно читать, допускается чтение инструкции и вопросов вслух исследователем или клиницистом, который затем помогает респонденту сделать соответствующую его оценке отметку в бланке. Необходимо отметить, что показатель шкалы не обязательно отражает выраженность психопатологии, поскольку многие ее вопросы относятся к «нормальным» диссоциативным феноменам (например, сны наяву). Следовательно, показатель шкалы может иметь разные значения на клинических и «нормальных» популяциях [129]. Текст опросника приведен в приложении Ж.

5) уровень самооценки социальной адаптации оценивался с помощью Шкалы самооценки социальной адаптации– SASS [162]. Пациенту предлагалось оценить впечатления от своей деятельности за прошедший год по 21 пункту опросника. Ответ «очень плохо» оценивался 0 баллов, «плохо» – 1 балл, «хорошо»– 2 балла, «очень хорошо» – 3 балла. Возможное количество баллов находится в диапазоне от 0 до 60.

В зависимости от количества полученных баллов, выделяют 4 уровня социальной адаптации: 1– плохая социальная адаптация (0–22 баллов), 2– затрудненная социальная адаптация (23–35 баллов), 3– хорошая социальная адаптация (36–45 баллов), 4– очень хорошая социальная адаптация (свыше 46 баллов).

Бланк для регистрации ответов по Шкале самооценки социальной адаптации – SASS приведен в приложении И.

б) с целью исследования мотивов употребления СК использовалось полуструктурированное клиническое интервью.

Исследование мотивов употребления наркотиков, уровней выраженности депрессии, тревоги, диссоциации и алекситимии проводилось однократно: у пациентов ОГ и КГ после окончания фармакотерапии, на 20–21 сутки госпитализации.

Исследование по шкале SASS проводилось у пациентов ОГ однократно на 20–21 сутки, у пациентов КГ дважды – на 20–21 сутки госпитализации и в динамике перед выпиской (ввиду более длительных сроков лечения).

### **2.3 Статистическая обработка материала**

Сопоставление конкретных распределений непрерывных (шкальных) переменных с распределением Гаусса – Лапласа производилось методом Колмогорова – Смирнова. В случае нормальности эмпирических распределений и удовлетворения требования равенства дисперсий (критерий Ливиня) сравнение средних и определение связей производилось с помощью параметрических методов (Т-критерий Стьюдента, корреляции Пирсона), в противном случае использовались непараметрические тесты (U-критерий Манна – Уитни и тест Краскела – Уоллиса для сравнения двух и более групп, соответственно, корреляции Спирмана). Парные апостериорные сравнения при сопоставлении 3 и более групп производились с помощью теста Т3 Даннета, не требующего равенства дисперсий. Сравнения повторно измеренных показателей проводились с использованием критериев для связанных (зависимых) выборок.

Анализ влияния различных предикторов, как отдельного, так и во взаимодействии, на целевой показатель выполнялся с помощью регрессионного анализа. Если зависимая и независимая переменные были количественными непрерывными, то использовалась каноническая процедура для проверки

линейности связи. Если зависимая переменная была качественной номинальной и дихотомической, то есть принимала 2 значения, то использовалась бинарная логистическая регрессия.

Использовались двусторонние статистические критерии. Данные выражались в виде среднего значения и стандартной ошибки ( $M \pm m$ ), либо указывалась медиана распределения с нижними и верхними квартилями. Уровни  $p \leq 0,05$  принимались за показатель статистической значимости различия, связи или эффекта, но значения  $0,05 < p \leq 0,1$  также указывались как свидетельство тенденции. В работе использовались статистические пакеты STATISTICA и SPSS.



## ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

### 3.1 Социодинамические характеристики исследуемого контингента

При изучении социо-демографических и медико-биологических характеристик обследуемых установлено:

Среди лиц с перенесенными психотическими состояниями (ОГ) 92,2 % (n = 71) составляют лица мужского и 7,8 % (n = 6) женского пола против 91,4 % (n = 64) мужчин и 8,6 % (n = 6) женщин в КГ. Гендерный состав пациентов представлен на рисунке 2.

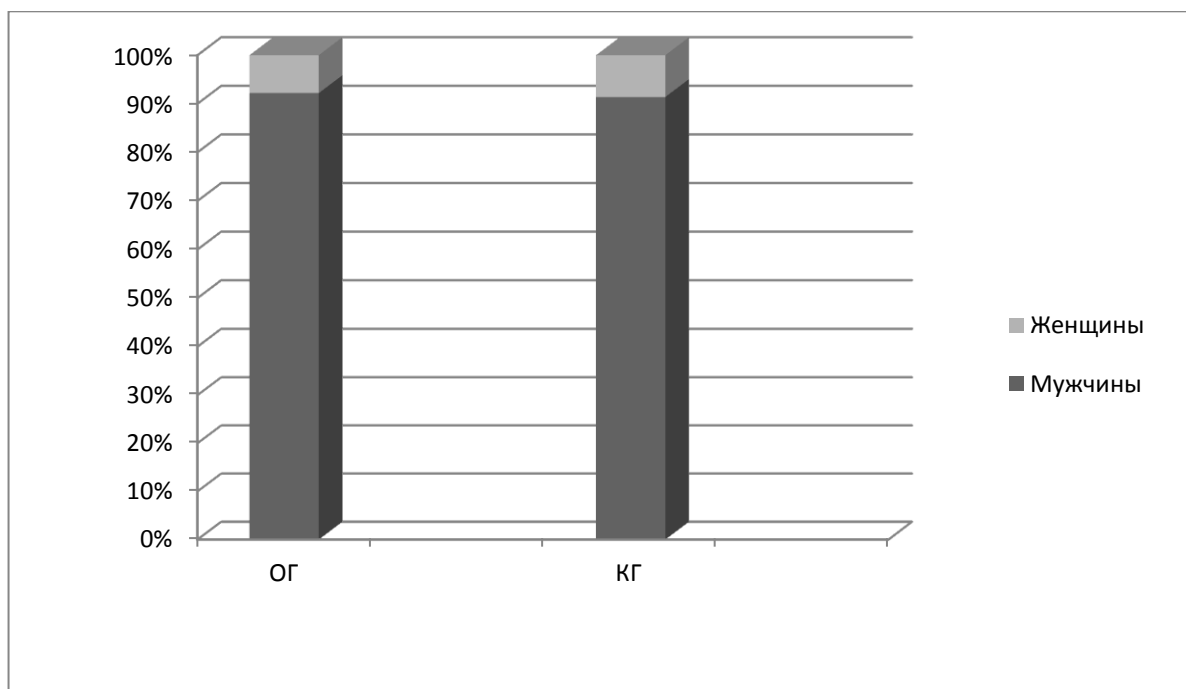


Рисунок 2 – Распределение пациентов по полу в исследуемых группах

По половому составу основная и контрольная группы пациентов значимо не различаются.

Распределение возраста в основной и контрольной группах значимо отличается от нормального за счет левосторонней асимметрии ( $ass > 0$ ). Средний

возраст пациентов ОГ на момент обследования составил  $(27,1 \pm 0,6)$  лет, пациентов КГ  $(26,0 \pm 0,7)$  лет.

Обследованные потребители курительных смесей – это преимущественно молодые люди в возрасте до 29 лет. Лица возрастной группы старше 30 лет встречаются среди пациентов ОГ в 28,6 %, среди пациентов КГ – в 24,3 % случаев.

Данные о наследственности пациентов основной и контрольной групп представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Наследственность по алкоголизму, наркомании и психическим заболеваниям у пациентов исследуемых групп

Психопатологически отягощенная наследственность (родственники первой линии)	Основная группа		Группа сравнения	
	%	n	%	n
По алкоголизму	45,5	35	30	21
По наркомании	—	—	—	—
По психическим заболеваниям	11,7	9	7,1	5
Итого	57,1	44	37,1	26

Из таблицы видно, что у пациентов ОГ значительно чаще встречается отягощенная наследственность по алкоголизму и психическим заболеваниям ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  статистика). В основной группе есть тенденция к более частой выраженности наследственной отягощенности по алкоголизму у родственников первой линии ( $p = 0,054$ ,  $\chi^2$  статистика).

В исследованиях Г. П. Хорошилова и С. Н. Филлипова, (2017) также показана высокая наследственная отягощенность у пациентов, перенесших психозы вследствие употребления синтетических наркотиков: 55 % обследованных имели наследственную отягощенность среди близких родственников. По данным Т. В. Клименко и соавт., (2017) у 63 % обследованных потребителей СК имела место наследственная отягощенность по алкоголизму.

При исследовании социального статуса больных установлено, что образовательный уровень большинства из них соответствует среднему и неоконченному среднему образованию (92,2 % в ОГ и 88,6 % в КГ).

Согласно полученным нами данным, среди респондентов обеих групп часто выявляются отсутствие трудовой занятости или непостоянное неофициальное трудоустройство (таблица 3).

Таблица 3 – Характеристика занятости пациентов исследуемых групп

Характеристика занятости	Основная группа		Группа сравнения	
	%	N	%	N
Безработные	50,6	39	35,7	25
Неофициальные заработки	42,9	33	52,8	37
Постоянное место работы	6,5	5	11,4	8

Представленные в таблице данные свидетельствуют об отсутствии статистически значимых различий в трудовой занятости пациентов ОГ и КГ.

Черепно-мозговые травмы в анамнезе отмечаются у 32,7 % обследуемых в ОГ (N = 25), против 30 % пациентов КГ (N = 21) (различия статистически не значимы) (рисунки 3 и 4).

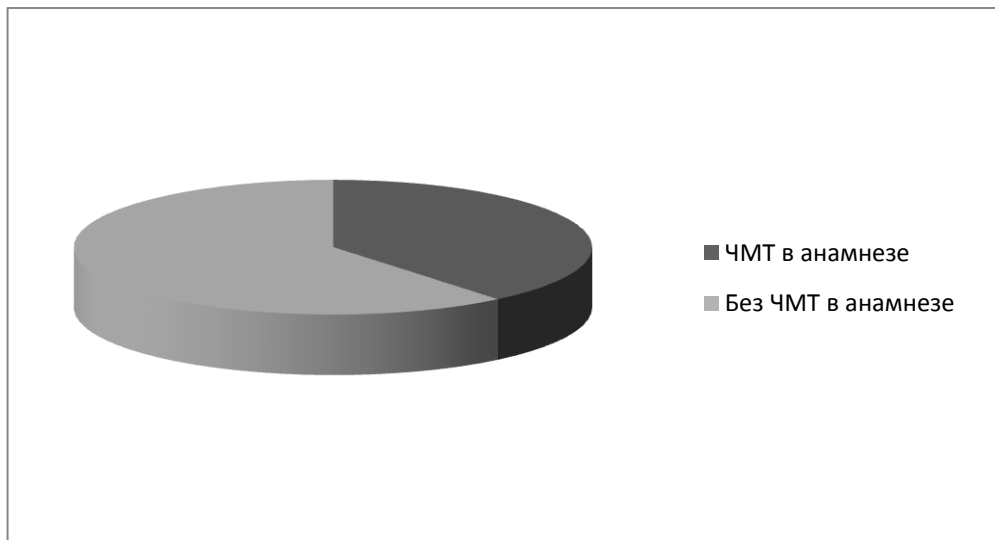


Рисунок 3 – Наличие черепно-мозговых травм у пациентов основной группы

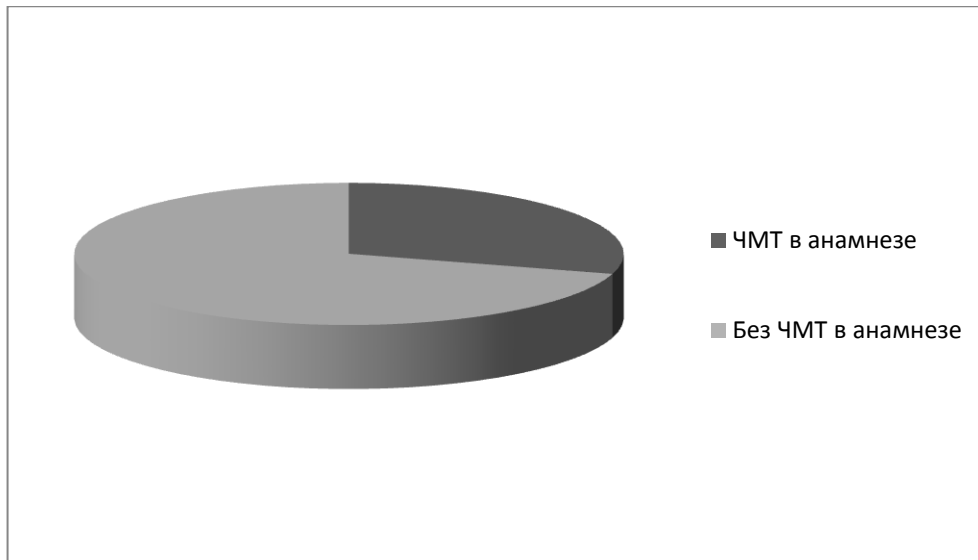


Рисунок 4 – Наличие черепно-мозговых травм у пациентов контрольной группы

Большинство больных в обеих исследованных нами группах представляли лица холостые или разведенные. Состояли в браке (официальном или гражданском) 38,9 % пациентов ОГ (N = 30) и 35,7 % пациентов КГ (N = 25) (различия статистически не значимы).

Судимости отмечаются у 50,6 % пациентов ОГ (N = 39) и у 48,6 % пациентов КГ (N = 34) (различия статистически не значимы, рисунок 5).

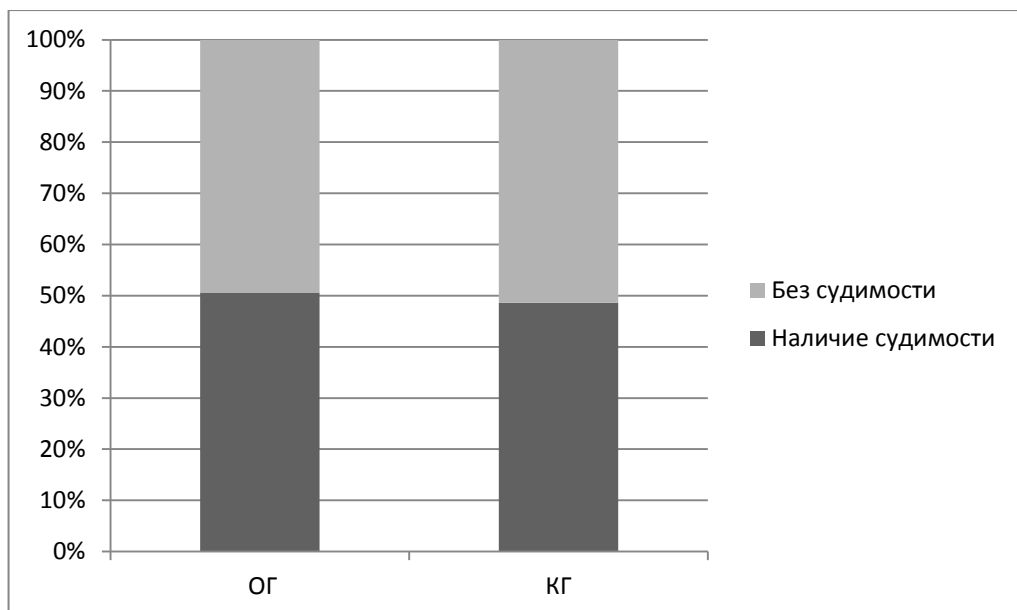


Рисунок 5 – Наличие судимости у пациентов исследуемых групп

Таким образом, пациенты основной и контрольной групп сопоставимы по основным социо-демографическим характеристикам: половому составу, возрасту, семейному и социальному статусу. Определенный интерес представляют данные распределения пациентов по половому составу – преобладающем распространении наркомании, вызванной употреблением СК, а также психозов, ими спровоцированных среди лиц мужского пола (92,2 % среди пациентов ОГ и 91,4 % среди пациентов КГ).

### **3.2 Характеристики потребления синтетических каннабиноидов у лиц с перенесенными психозами и без них**

Для пациентов исследуемых групп характерен приблизительно одинаковый возраст начала употребления курительных смесей ( $23,7 \pm 0,6$ ) лет для респондентов ОГ и ( $22,8 \pm 0,6$ ) лет для респондентов КГ. Впервые употребили курительные смеси в возрасте до 20 лет 26 % пациентов ОГ ( $N = 20$ ) и 37,1 % пациентов КГ ( $N = 26$ ), в возрасте 21–25 лет – 50,6 % пациентов ОГ ( $N = 39$ ) и 38,6 % пациентов КГ ( $N = 27$ ), в возрасте 26 лет и старше – 23,4 % ( $N = 18$ ) и 24,3 % ( $N = 17$ ) соответственно группам наблюдения.

Согласно нашим данным продолжительность этапа эпизодического употребления СК в исследуемых группах составляла ( $3,5 \pm 0,1$ ) и ( $3,1 \pm 0,1$ ) месяца соответственно с последующим формированием синдрома зависимости (различия статистически не значимы).

Полученные нами данные о скорости формирования синдрома зависимости от СК перекликаются с данными других авторов:

Zimmermann с соавт. (2009) описывает формирование синдрома физической зависимости у пациента после 8 месяцев регулярного употребления «Spraise Gold». Н. А. Бохан с соавт. (2014), отмечают развитие синдрома зависимости от СК у подростков через ( $5 \pm 0,88$ ) и ( $4,7 \pm 0,41$ ) месяца, формирование абстинентного синдрома у подростков через ( $5 \pm 0,88$ ) и ( $4,7 \pm 0,41$ ) месяца систематического потребления курительных смесей. При этом

продолжительность эпизодического употребления составляла ( $2 \pm 0,53$ ) и ( $1,8 \pm 0,14$ ) месяца. Л. А. Бенько и соавт. (2014), установили, что зависимость от СК у подростков в среднем формировалась через полтора месяца от их первого употребления. Однако по данным Т. В. Клименко и соавт. (2017), синдром зависимости у потребителей СК был сформирован спустя ( $4 \pm 0,9$ ) года после начала первых проб ПАВ.

В анамнезе у потребителей СК, как правило, имеется опыт предшествующей наркотизации. Лишь 11,7 % обследованных в ОГ (N = 9) и 14,3 % в КГ группе (N = 10) показали, что ранее не употребляли наркотических и токсических средств (различия статистически не значимы). Наиболее часто в анамнезе потребителей курительных смесей встречается употребление растительных каннабиноидов (гашиш, марихуана): эпизодически употребляли растительные каннабиноиды в течение жизни 88,3 % обследованных в ОГ (N = 68) и 88,7 % в КГ (N = 60). Эпизодическое употребление других наркотических или токсических средств выявлено в анамнезе у 19,5 % респондентов ОГ (N = 15) и у 15,7 % (N = 11) респондентов КГ.

*Клинический пример 1:* Пациент К., 22 года.

Поступил на стационарное лечение в стационарное отделение ГБУЗ НСО «НОКНД» по направлению районного врача-психиатра-нарколога 06.05.2016 г.

На момент осмотра предъявлял жалобы – слабость, недомогание, тошноту, сниженное настроение.

*Анамнестические данные:* Родился и проживает в г. Новосибирске. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец страдает алкоголизмом. Пациент воспитывался старшим ребенком из двух детей. До подросткового возраста рос в полной семье, затем родители развелись. Рос и развивался соответственно возрасту. Детские инфекции перенес без осложнений. Образование среднее, прекращал обучение в двух технических ВУЗах – «учеба это не мое». В армии не служил по болезни (искривление позвоночника). Специальности не имеет. Трудоустроен неофициально продавцом автозапчастей. Холост, детей нет. Увлечений не имеет. Курит с 14 лет. В настоящее время

выкуривает до 20 сигарет в сутки. Зависимость сформирована. Алкоголь употребляет с 16 лет. Чаще употребляет слабоалкогольные напитки (пиво). Толерантность возросла от 0,5 до 2,0 литров пива. Крепкие спиртные напитки не употребляет. Рвотный рефлекс сохранен на прием больших доз алкоголя. Наличие амнезии опьянения отрицает. Количественный контроль сохранен. Частота употребления - до 2 раз в месяц. Состояние отмены алкоголя, опохмеление, запои отрицает. Последний прием алкоголя 2 месяца назад.

Растительные каннабиноиды впервые попробовал в 15 лет. Употреблял дважды путем курения через бутылку («водник»). Кашлевой рефлекс отсутствует изначально. Опьянение не ощутил, в связи с чем отказался от употребления.

Курительные смеси, содержащие СК, употребляет с 2010 года (с 16-летнего возраста). При первом употреблении мотив – интерес к опьянению, желание испытать новые ощущения. Вначале курил в компании знакомых – потребителей курительных смесей, но через 3–4 эпизода наркотизации стал наркотизироваться и в одиночку. Кашлевой рефлекс отсутствует изначально. Понимал, что эти курительные смеси являются наркотическими, так как их приобретение сопровождалось мерами конспирации. Активно стремился к употреблению. Воровал вещи из дома, использовал деньги на приобретение наркотиков. Курительные смеси приобретал через «закладки» с использованием мер конспирации. Постепенно частота употребления возросла с эпизодической до ежедневного приема. Наибольшая частота употребления доходила до 15 раз в сутки. В этот период «все было побоку – и друзья, и работа». Употреблял наркотические смеси через сигарету, в которую закладывалась разовая доза рассыпчатой курительной смеси – сначала столбик высотой несколько миллиметров, затем высотой до полутора сантиметров. Сигарету выкуривал полностью. В последние дни перед госпитализацией сигарету уже не докуривал – засыпал там, где курил, иногда в автомашине. Предполагает, что иногда потерю сознания мог расценивать как сон. Не контролировал дозу употребляемых наркотических курительных смесей: «Курил, пока не отключусь». Желание покурить реализовывал сразу, без раздумий: «Ничего не боялся, я сам себе

хозяин». Приобретал наркотик в пакетах по 1,0 грамму, которого в последнее время хватало на 2 дня наркотизации (со слов: «последняя смесь очень крепкая была»). Раньше за день мог употребить 2–3 пакета по 1,0 грамму. В состоянии опьянения развивалась эйфория, которая быстро сменялась «безразличным спокойствием», сонливостью, пошатыванием, ощущением «расслабления тела и головы». Длительность состояния опьянения сократилась до 40 мин. С января 2011 года сформировался синдром отмены СК. В отсутствии курительных смесей испытывал слабость, раздражительность, нарушение сна, сниженное настроение, снижение аппетита, навязчивые мысли о наркотизации и сильное желание вновь употребить курительную смесь, прием которой облегчал состояние отмены. Синдром отмены длился до 6 дней. С 05.06.2015 года проходил реабилитацию в негосударственном реабилитационном центре по 12-шаговой программе в течение 3 месяцев. После выписки воздерживался от наркотизации в течение 2 месяцев, затем возобновил употребление СК. Последнее употребление – накануне госпитализации.

Прием других психоактивных веществ отрицает.

*Сомато-неврологический статус:* кожные покровы обычной окраски, гипергидроз ладоней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/100 мм рт. ст; пульс 104 удара в мин. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Физиологические отправления в норме. Лицо симметричное. Зрачки D = S, расширены, реакция на свет живая, содружественная. Горизонтальный установочный нистагм при взгляде в обе стороны. Язык по средней линии. Координационные пробы выполняет. В позе Ромберга – отклонение назад. Тремор век, пальцев рук, языка. Пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно.

*Психический статус:* Сознание не нарушено, ориентирован верно. Фон настроения неустойчивый. К вербальному контакту доступен, на вопросы отвечает по существу, в полном объеме. Темп мышления не нарушен. Эмоционально лабилен. При расспросе об употреблении наркотических веществ отводит взгляд,



переминает руки. Патологической психопродуктивной симптоматики не обнаруживает.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (длительное и систематическое употребление веществ, запрещенных законом; сформированная психическая зависимость с патологическим влечением к наркотическим средствам с их активным поиском и приобретением; изменившаяся реактивность организма с ростом толерантности к эффектам вещества; формирование синдрома отмены; безуспешные попытки прекратить наркотизацию; сниженная способность контролировать прием наркотиков с наркотизацией в общественных местах) пациенту установлен диагноз: Синдром активной зависимости вследствие употребления синтетических каннабиноидов 2 стадии.

При обследовании установлено, что большая часть обследованных в ОГ (по сравнению с КГ) в состоянии острой интоксикации испытывали временные нарушения восприятия (гиперестезии, парестезии, иллюзии): наличие таких нарушений в состоянии опьянения подтвердили 46,8 % пациентов ОГ (N = 36) и 28,6 % пациентов КГ (N = 20) ( $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ).

При оценке связи между наличием психозов и наличием нарушений восприятия в состоянии острой интоксикации СК методом бинарной логистической регрессии установлено, что у пациентов с такими нарушениями в 2,2 раза большие шансы иметь психозы (то есть относиться к основной группе), чем у пациентов без нарушений восприятия. Таким образом, обнаружена прямая связь между наличием нарушений восприятия в интоксикации СК и развитием психозов (ОШ = 2,20; ДИ = 1,11–4,07) (таблица 4).

Таблица 4 – Число пациентов, имеющих и не имеющих психопатологические нарушения в состоянии интоксикации, в зависимости от наличия/отсутствия психозов в анамнезе и результат сравнения методом бинарной логистической регрессии

Наличие/отсутствие нарушений восприятия в состоянии интоксикации	ОГ	КГ	Сумма	Статистическая значимость
Наличие	36	20	56	$\chi^2 = 5,1$ $\chi^2 (0,95;1) = 3,8$ ОШ = 2,20 95 % ДИ = 1,11–4,07
Отсутствие	41	50	91	
Сумма	77	70	147	—

Таким образом, обнаружена прямая связь между склонностью к проявлению психопатологических нарушений в интоксикации и развитием психозов ( $\chi^2$  граничное  $p 0,95;1 = 3,8$ ).

При оценке связи между нарушениями восприятия в состоянии интоксикации и типом психоза методом бинарной логистической регрессии установлено, что пациенты с шизофреноподобным вариантом течения психоза имеют в 5 раз большие шансы испытывать данные нарушения в состоянии опьянения в сравнении с пациентами с галлюцинаторным вариантом психоза (ОШ 5,00; ДИ 1,71 – 14,6).

С развитием заболевания возрастает частота и кратность употребления СК. Если на этапе эпизодического употребления частота употребления составляла в среднем 1–2 раза в месяц, то у больных наркоманией она возрастает до ежедневной. Кратность употребления в течение суток может возрастать в несколько раз.

### **3.3 Клинико-динамическая характеристика психозов у лиц с синдромом зависимости отсинтетических каннабиноидов**

При обследовании пациентов, поступивших на лечение в ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3» установлено, что психотические состояния после употребления СК могут развиваться как на высоте опьянения, так и спустя некоторый промежуток времени после употребления наркотических средств.

Интоксикационные психозы, развившиеся вследствие употребления СК, чаще всего протекают с галлюцинаторной, бредовой, аффективной (преимущественно тревожной) или полиморфной симптоматикой.

Преобладание в структуре психоза нарушений восприятия в форме галлюцинаторного синдрома наблюдалось в 31,2 % случаев (N = 24). Продромальный период не наблюдался. Состояние развивалось непосредственно после интоксикации СК или спустя 1-2 суток после нее. Развитие психотических расстройств манифестировало развитием слуховых и зрительных галлюцинаций, как правило, устрашающего характера, к которым присоединялись состояние страха и тревоги. При этом отмечались выраженные психомоторное возбуждение, нарушения мышления по форме (ускоренное мышление). В некоторых случаях (N = 8, 10,3 % случаев) наблюдались также тактильные галлюцинации. Внимание пациентов было рассеянным, привлекалось с трудом. Отмечалось нарушение ориентировки во времени. С течением времени (в течение нескольких часов) отмечалось снижение остроты психозы. Окончательный выход из психоза отмечался после медикаментозного сна. По выходу из состояния наблюдались нарушения памяти в форме частичной амнезии с возможностью воспроизведения содержания галлюцинаторной симптоматики. Длительность периода возникающих психоастенических явлений в виде слабости, вялости, повышенной утомляемости составляла от 5 до 7 суток. Установлено, что вероятность развития галлюцинаторного варианта психоза значительно выше при госпитализации по поводу первого психотического эпизода и достоверно снижается с увеличением количества перенесенных психозов. Так, в 51,9 % случаев (N = 40) первый психоз

у обследованных больных протекал по галлюцинаторному варианту, в то время как второй психоз протекал по данному типу лишь в 15,6 % случаев ( $N = 6$ ), а третий – лишь в 11,1 % ( $N = 2$ ) ( $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ).

При бредовом варианте интоксикационного психоза относительная ориентировка в месте у пациентов была сохранена. Отмечалась утрата ориентировки во времени. Данный тип интоксикационного психоза наблюдался в 18,2 % госпитализаций ( $N = 14$ ). В 12 случаях (15,6 % всех наблюдений) наблюдалось острое начало психоза, без продромального периода. Бредовые идеи были представлены, чаще всего, бредом преследования, развивающимся вскоре после употребления вещества. Бред соответствовал характеру обманов восприятия. Содержание бредовых идей – физическое насилие, наказание. Для данного типа интоксикационных психозов характерны вторичные аффективные нарушения в форме страха, тревожности, доходящей до степени ужаса, а также нарушения восприятия в форме эпизодических неустойчивых вербальных, зрительных и висцеральных галлюцинаций. В 2 случаях (2,3 % всех наблюдений) отмечалось изменение психического состояния на протяжении 2–4 дней до госпитализации – отмечались нарушения сна, многоречивость, агрессивные тенденции, бредовые переживания. После очередного употребления СК происходило ухудшение состояния, усиление агрессивных тенденций, нарастало психомоторное возбуждение. У 9 пациентов (11,7 % всех случаев наблюдения) отмечалось волнообразное течение психоза с периодами усиления аффекта страха и нарастанием психомоторного возбуждения. Выход из психоза литический, после медикаментозного сна. Также наблюдался период постпсихотической астении длительностью до 7 суток. Связи развития бредового варианта психотических нарушений с количеством перенесенных психозов не установлено: первый психоз у обследованных больных протекал по бредовому варианту в 11,7 % случаев ( $N = 9$ ), второй психоз протекал по данному типу в 15,8 % случаев ( $N = 6$ ), а третий – в 5,6 % ( $N = 1$ ) ( $p > 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ).

При равной представленности нарушений восприятия и мышления с вторичными аффективными нарушениями констатировался галлюцинаторно-

бредовый синдром (полиморфный вариант течения психоза) (29,9 % наблюдений, N = 23), с острым началом, без продромального периода. Средняя длительность психоза составила  $(28,8 \pm 7,5)$  часа. Период постпсихотической астении продолжался до 7 суток. Полиморфный вариант психотических нарушений значимо чаще развивался у лиц, госпитализированных по поводу второго и третьего психотических эпизодов. Так, при первой госпитализации полиморфный вариант был диагностирован у 21,2 % пациентов (N = 24), при второй госпитализации – у 50 % всех пациентов с повторными госпитализациями (N = 19), а при третьей – у 55,6 % больных (N = 10), госпитализированных третий раз ( $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ).

У 2 пациентов развитие психоза шло с изменением сознания по типу острой интоксикации с делирием: отмечалась грубая дезориентировка в месте и времени, зрительные, слуховые, проприоцептивные галлюцинации устрашающего характера, гиперестезия, бредовые идеи преследования, наказания, аффект страха, тревоги, психомоторное возбуждение. Средняя длительность психоза  $(52,0 \pm 5,3)$  часа. Отмечалось волнообразное течение психоза с периодами восстановления ориентировки в месте, возможностью продуктивного контакта и последующим повторным погружением пациента в болезненные переживания. Период постпсихотической астении продолжался до 8 суток. Амнезия перенесенного психотического состояния в наблюдаемых 2 случаях отсутствовала.

У части пациентов (15,6 % наблюдений, N = 12) выявлялась развернутая шизофреноподобная симптоматика. Психоз в 6,5 % наблюдений (N = 5) развивался на фоне массивной наркотизации (неоднократное употребление наркотика в течение суток, иногда на протяжении нескольких дней). При данном варианте психоза у 7 пациентов (9,1 % всех наблюдений) отмечался предпсихотический период, который проявлялся эмоциональной лабильностью, нарушением сна (отсутствие сна или сон до 3 часов в сутки), нарушением мышления по форме и содержанию, формированием бредовых идей, подозрительностью, периодами немотивированной агрессии. В течение 2–3 суток отмечалось нарастание вышеуказанной симптоматики с периодами двигательного

возбуждения. В дальнейшем, развивался галлюцинаторно-параноидный синдром с четкими характеристиками, типичными для шизофрении, на фоне вторичных аффективных нарушений: эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, бредовое восприятие и бред воздействия, галлюцинации в форме комментирующих голосов угрожающего характера, бредовые идеи религиозного содержания или особого положения, резонерство, элементы разорванности мышления, нарушения целенаправленности и логики мышления, страх и тревога. Средняя длительность психоза составила ( $11,9 \pm 4,3$ ) суток. Выход из психоза, как правило, был литическим. При этом требуется дифференциация данного типа интоксикационного психоза от дебюта шизофрении, которая часто затруднена в связи с сокрытием пациентами фактов употребления психоактивных веществ. Помимо основного этиологического фактора в форме употребления СК, в пользу интоксикационного психоза при дифференциальной диагностике свидетельствует отсутствие нарушений психических сфер пациентов по эндогенному типу при экспериментально-психологическом обследовании (по выходу из острого состояния). Во всех наблюдаемых случаях отмечался длительный психоастенический период в виде слабости, вялости, повышенной истощаемости, сонливости. Вероятность развития шизофреноподобного варианта психоза значительно увеличивается с количеством госпитализаций: при первой госпитализации шизофреноподобный вариант психоза наблюдался у 3,9 % больных ( $N = 3$ ), при второй госпитализации – у 15,8 % больных ( $N = 6$ ), при третьей – у 16,7 % ( $N = 3$ ) ( $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ).

Абстинентные психозы по типу делирия (абстинентное состояние с делирием) у зависимых от СК возникали на 3–4 сутки после прекращения употребления и наблюдались в 2,6 % случаев ( $N = 2$ ). При данном варианте психоза также наблюдался предпсихотический период: на фоне нарушения сна нарастала тревога, присоединялись дезориентировка в месте, времени, а также нарушения восприятия в форме галлюцинаций (преимущественно слуховых), нарушения мышления в форме бредовых идей, нарастало психомоторное возбуждение. Средняя длительность психоза в наблюдаемых случаях – 36 часов.

Выход из абстинентного психоза постепенный. После его разрешения наблюдались остаточные явления синдрома отмены в виде вялости, слабости, повышенной утомляемости, сниженного настроения. Абстинентный синдром, по образному выражению И. Н. Пятницкой [107], «сгорает в пламени психоза», а также, возможно, частично нивелируется назначенной психофармакотерапией. Средняя длительность периода постпсихотической астении составила 6 суток. По выходу из психоза в обоих случаях наблюдалась частичная амнезия – пациенты могли вспомнить обстоятельства, при которых начался психоз, но амнезировали непосредственно острое состояние.

Таким образом, выделены следующие типологические варианты психотических нарушений у лиц с зависимостью от СК: психотическое расстройство преимущественно галлюцинаторное (F1x.52), психотическое расстройство преимущественно бредовое (F1x.51), психотическое расстройство преимущественно полиморфное (F1x.53), психотическое расстройство шизофреноподобное (F1x.50), острая интоксикация с делирием (F1x.03), абстинентное состояние с делирием (F1x.4).

*Клинический пример 2:* Пациент С., 28 лет.

Наследственность по алкоголизму, психическим заболеваниям не отягощена. Раннее развитие без особенностей. В школе учился средне. Образование неоконченное высшее. Холост, детей нет. Проживает один. В анамнезе эпизодическое употребление растительных каннабиноидов. В 2013 г. по предложению друзей впервые попробовал курительные смеси, содержащие СК. Употреблял их изначально с частотой от 1 до 2 раз в месяц путем курения. Через 3 месяца частота употребления возросла до еженедельной, а в дальнейшем – до 2–3 раз в неделю. Рост толерантности от 1 неглубокой затяжки до 2 глубоких затяжек на один эпизод наркотизации. Накануне госпитализации, со слов после ссоры с девушкой, покурил «JWH» трижды в течение суток с интервалом в несколько часов, после чего состояние пациента изменилось: стал возбужден, тревожен, вел себя неадекватно, разговаривал сам с собой, пристально всматривался в окно, говорил, что в подъезде кто-то есть. Затем выбежал в подъезд, начал ломать дверь

лифта. Родственники вызвали бригаду скорой психиатрической помощи. В приемный покой доставлен частично фиксированным. Был настроен крайне негавистично. Импульсивен. Считал, что он «представитель президента, проверяет как работают законы». Утверждает, что узнал о своих полномочиях во время получения диплома. В первые дни был раздражителен, напряжен. На вопросы отвечал избирательно. Мышление в несколько ускоренно, резонерское, малопродуктивное. Фон настроения повышен. Пояснял, что в «голове постоянный поток мыслей, с которыми он общается».

При ХТИ мочи выявлена комбинация синтетических каннабимиметиков AV-Chminaca и UR-144.

*Диагноз:* Психотическое расстройство преимущественно полиморфное вследствие употребления синтетических каннабиноидов.

На фоне проводимого лечения состояние стабилизировалось. Поведение упорядоченное. Настроение ровное, ответы по- существу. Психопродуктивная симптоматика купировалась. Выписан под наблюдение участкового психиатра, психиатра-нарколога.

Ярким примером шизофреноподобной симптоматики в структуре психоза служит следующий клинический случай.

*Клинический пример 3:* Пациентка В., 26 лет.

Поступила в ГБУЗ НСО «ГНОКПБ № 3» 07.12.2013 г.

*Данные анамнеза.* Родилась в г. Новосибирске единственным ребенком в семье. Воспитывалась матерью, отец участия в воспитании не принимал. Наследственность психическими заболеваниями, алкоголизмом и наркоманией не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Посещала детское дошкольное учреждение. В детстве перенесла гепатит А, краснуху без осложнений, пневмонию. В школу пошла с семи лет. Училась хорошо, школу окончила с серебряной медалью. Занималась музыкой, иностранными языками. После окончания школы поступила в Новосибирский государственный университет на факультет востоковедения. После окончания университета продолжила обучение в аспирантуре. Работает младшим научным сотрудником



одного из научно-исследовательских институтов. Замужем, детей нет. Черепно-мозговые травмы отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Не судима. Ранее у психиатра не наблюдалась, в психиатрической больнице не лечилась. Со слов мужа, несколько раз курила каннабис еще в то время, когда они познакомились (до 2007 года). В течение последних 2 лет периодически употребляла курительные смеси. Со слов мужа, состояние изменилось в течение нескольких дней перед поступлением: нарушился сон, стала эмоционально неадекватной, говорила нелепости. За день до госпитализации пришла в церковь, молилась, плакала, привела с улицы бездомного, заставила его молиться на коленях. Была выведена из храма служителями. В течение последних двух дней беспричинно плачет, смеется, жалуется на страхи, говорит нелепости. Часто повторяет: «Сталина никто не любит», «Все люди должны любить друг друга», «Бог— любовь». Заявляет, что беременна. Спит около 3 часов в сутки. Была госпитализирована с направлением врача скорой психиатрической помощи. Дала добровольное письменное согласие на госпитализацию и лечение в условиях психиатрического стационара.

*Состояние больного при поступлении в больницу.* Верно ориентирована в месте, времени, собственной личности. Была эмоционально неадекватна, то плакала, то смеялась. Отвечала на вопрос не всегда по-существу. Не отрицала массивной наркотизации синтетическими каннабиноидами в течение года «из-за комплексов неполноценности», «я ноль без палочки, кругом профессора...». Спрашивала врача, нужно ли слушать внутренний голос, который «несет всякую чушь». Говорила, что боится сделать ошибку, выбрать не того мужа. Была амбивалентна в высказываниях. То заявляла, что муж плохой, то признавалась ему в любви. Критика к состоянию отсутствовала.

*Состояние больного за время пребывания в стационаре, течение болезни, изменение психического состояния.* В отделении первое время была возбуждена, эмоционально неустойчива, импульсивна, на месте не удерживалась, куда-то стремилась, на замечания не реагировала. Внимание привлекалось с трудом, после неоднократных обращений по имени. Продуктивному контакту была

практически недоступна. На вопросы отвечала выборочно, кивками головы. Подтверждала наркотизацию синтетическими каннабиноидами в течение последнего месяца. Поведением обнаруживала наличие слуховых обманов восприятия: во время разговора начинала озираться по сторонам, к чему-то прислушивалась. Не отрицала, что слышит мужские «голоса», запрещающие ей говорить, угрожающего, оскорбляющего характера. Заявляла, что «почувствовала, что ее мать умерла», ощущала на себе воздействие со стороны окружающих пациенток, присутствие в голове «чужих» мыслей. Была загружена болезненными переживаниями. Аффективные расстройства носили гипоманиакальный характер. В дальнейшем стала спокойнее, однако в поведении отмечались странности, нелепости: беспричинно хлопала в ладоши, смеялась, поднимала на руки соседок по палате, носила их по отделению. Резонерствовала на различные темы, соскальзывала с одной на другую. В мышлении наблюдалась расплывчатость, разноплановость, нецеленаправленность. В процессе лечения стала спокойной, упорядоченной в поведении, фон настроения выровнялся. Продуктивному контакту доступна, на вопросы отвечает по-существу, доброжелательна. Строит реальные планы на будущее. Уверяет, что в будущем не будет употреблять психоактивные вещества. Настроена на прием поддерживающего лечения в амбулаторных условиях. Агрессивные и аутоагрессивные тенденции не выявляет. Бредовые идеи активно не высказывает. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает.

После выхода из психотического состояния дала подробный *наркологический анамнез*: Алкоголь употребляет с первого курса университета. Предпочитает пиво. Выпивает с частотой 1–2 раза в месяц, по 0,5–1,0 л пива на прием. Толерантность выросла от 1,0 до 1,5 л пива в сутки. После употребления алкоголя несколько раз на следующее утро испытывала постинтоксикационные состояния, проявляющиеся тошнотой, рвотой, головной болью, отвращением к алкоголю. Опохмеление отрицает. Защитный рвотный рефлекс сохранен.

Марихуану впервые покурила в 17 лет, на первом курсе, в компании однокурсников. Частота употребления растительных каннабиноидов

эпизодическая, всегда в компании друзей. Одинокое употребление наркотика отрицает. Защитный рефлекс закашливания сохранен. В опьянении испытывала смешливость, веселость, чувство освобождения от проблем и повышения коммуникабельности, повышение самооценки. Изменение формы опьянения отрицает. Толерантность - 1 затяжка от папиросы с марихуаной в смеси с табаком в пропорции 1 : 1 до половины сигареты или с комочком гашиша размером со спичечную головку в смеси с табаком. Рост толерантности отрицает.

СК впервые попробовала в Москве, около года назад. Курила смеси под названием «Взрыв мозга», «Русская баня», «JWH». Приобретала их самостоятельно. В опьянении испытывала состояние расслабленности, эйфории, ради которых и употребляла наркотические вещества. В это время работала над кандидатской диссертацией. Со слов, очень переживала, что скоро предварительная защита, а диссертация не подготовлена должным образом. Испытывала страх предстоящей апробации научной работы. С целью снятия напряжения начала регулярное употребление СК. Частота употребления возросла до нескольких раз за сутки. Курила прямо на работе, в кабинете. Признает, что без употребления наркотика была неработоспособна, чувствовала постоянное напряжение. Желание употреблять курительные смеси возникало каждый день. Суточная толерантность увеличилась в несколько раз.

За 3 дня до госпитализации выкурила в течение рабочего дня пакетик курительной смеси весом около 1 грамм. После этого отмечает возникновение «карусели» и «внутреннего диалога». Были мысли о «конце света».

При ХТИ мочи выявлена комбинация синтетических каннабимиметиков AV-Chminaca и MDMB.

*Проведенное лечение.* Дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, ноотропы, транквилизаторы, нейрорепаранты.

*Состояние при выписке* удовлетворительное. Несколько экзальтирована. В поведении упорядочена. Ориентирована верно. Патологической психопродукции не выявляет.

*Заключение по данным экспериментально-психологического обследования*

от 23.12.2013 г.: на момент обследования на первый план выступает нарушение операционального мышления (по типу искажения процесса обобщения), нарушение смыслообразующих, побудительных функций мотивов, нарушение критики мышления, неадекватность эмоционального реагирования (маниакальный тип аффекта), что может сопровождаться аффективной неадекватностью поведенческих и эмоциональных реакций. Попытка к противодействию или ограничению свободной самореализации легко актуализирует агрессию по механизму защиты. Возможно нарушение сфер влечений (сексуальная раскрепощенность).

В дальнейшем в поле зрения психиатров и наркологов в г.Новосибирске не попадала.

С учетом клинической картины в соответствии с критериями МКБ-10 пациентке установлен диагноз «Психотическое расстройство шизофреноподобное вследствие употребления синтетических каннабиноидов».

По данным других авторов, изучавших клинику психозов, вызванных употреблением СК [22], делириозоподобное опьянение встречалось в 42,57 %, шизофреноподобное опьянение в 27,72 %, с преобладанием слуховых псевдогаллюцинаций в 21,78 %, с преобладанием бредовой симптоматики в 7,93 %.

М. А. Винникова и С. М. Шахова (2016), отмечают, что у наблюдаемых ими больных психозы протекали по типу онейроидного помрачения сознания с кататоническими расстройствами в виде ступора и отсутствием в большинстве случаев амнезии по выходу из интоксикации. Данные авторы указывают, что развитие аментивного синдрома является неблагоприятным признаком.

А. А. Синевич и А. В. Копытов (2016), в своем исследовании установили, что продуктивные психотические расстройства вследствие употребления курительных смесей в остром периоде проявлялись, преимущественно, в виде бредовых идей, других расстройств мышления, возбуждения и подозрительности. По мнению авторов, не типичными симптомами являются галлюцинаторные переживания.

Г. П. Хорошилов и С. Н. Филиппов (2017), отмечают следующие синдромальные варианты интоксикационных психозов вследствие употребления СК у 18 больных: делириозный (8 случаев), галлюцинаторный (4 случая), параноидный (2 случая), сумеречный (2 случая), шизофреноподобный (1 случай), маниакальный 1 случай. Длительность психозов по данным указанных авторов составляла: делирия – от 1 до 13 дней, сумерек – 1 сутки, маниакального и шизофреноподобного синдромов – 10 дней, параноидного – 30 дней, наибольшая длительность была у галлюцинаторного синдрома – от 20 до 75 дней.

По данным других авторов, возможен и галлюцинаторный вариант абстинентного психоза [22]. Авторы также отмечают постепенный выход из абстинентного психоза и наличие после его разрешения остаточных явлений абстиненции в виде вялости, сниженного настроения.

А. А. Копытов и А. В. Синевич (2016), также описывают у определенного количества субъектов продолжающуюся сохраняться продуктивную психопатологическую симптоматику, протекающую латентно и не имеющую достаточно выраженной интенсивности. Факторами, способствующими сохранности продуктивной психопатологической симптоматики и обуславливающими тяжесть имеющихся расстройств, авторы считают невротические нарушения, отставания в физическом развитии в детстве, отягощенную наследственность по наркопатологии, более продолжительный стаж употребления данных веществ.

Подобные нарушения Н. А. Бохан и Г. Ю. Селиванов (2015), описывают, как «Резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флэшбэка» (F 12.70)». Данные авторы отмечают, что они возникали у обследованных ими пациентов после спонтанного прекращения употребления. Обычно через 1,5–2 месяца воздержания от наркотизации. У больных отмечались невербальные и вербальные псевдогаллюцинации, бредовые идеи отношения персекуторного характера, расстройств мышления в виде непоследовательности, резонерства, паралогий, ментизмов с элементами соскальзывания, частичными нарушениями ориентировки во времени. Такие пациенты характеризуются причудливостью

психических переживаний, слабоумием, а также трудностью социальной адаптации.

Нами отмечено, что после выхода из психотического состояния, характерным является отсутствие критики к наркотизации, как к причине психоза: пациентом все произошедшее объясняется случайностью, стечением обстоятельств. При этом пациенты начинают тяготиться пребыванием в больнице, настаивать на выписке, мотивируя свою настойчивость неотложными делами.

При возобновлении употребления курительных смесей психотические состояния имеют тенденцию к рецидивам. Установлено, что из 77 обследованных перенесли психоз вследствие употребления синтетических каннабиноидов однократно – 39 человек, по 2 психотических эпизода – 20 человека, по 3 и более эпизодов – 18 человек. Максимальное количество психотических эпизодов по данным отдаленного анамнеза – 8.

Первичный психотический эпизод может стать инициирующим фактором для развития более грубой психопатологии. Изучение мотивационной сферы пациентов, перенесших психоз, имеет важное значение. Что заставляет человека возобновлять употребление курительных смесей, если он уже сталкивался с грубым изменением своего психотического состояния, требующим госпитализации и лечения?

Данному аспекту проблемы посвящен следующий раздел настоящего исследования.

### **3.4 Особенности мотивационной сферы у потребителей синтетических каннабиноидов, перенесших психотические состояния и без них**

С учетом роста распространенности употребления СК, мотивы их употребления представляют практический интерес. Исследование данной проблемы помогает расширить представления о причинах употребления наркотических средств на современном этапе.

При изучении инициальных мотивов употребления курительных смесей в

качестве мотива первого употребления, обследованные чаще указывали: интерес и любопытство, желание испытать новые ощущения, получить удовольствие (таблица 5).

Таблица 5 – Инициальные мотивы употребления СК у пациентов основной и контрольной групп

Мотив	ОГ, N = 77	КГ, = 70
Из интереса, любопытства, чтобы испытать новые ощущения	41 (53,2 %)	39 (55,7 %)
Для получения удовольствия	18 (23,4 %)	17 (24,3 %)
Для коммуникации, чтобы «быть на одной волне», «чтобы не казаться белой вороной»	4 (5,2 %)	2 (2,9 %)
От скуки, от нечего делать	2 (2,6 %)	1 (1,4 %)
Расслабиться, снять напряжение, уйти от проблем	11 (14,3 %)	10 (14,3 %)
В результате давления группы сверстников или другой компании	1 (1,3 %)	1 (1,4 %)

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии межгрупповых отличий у представителей обследуемых групп по инициальным мотивам употребления СК (критерий  $\chi^2$ ).

При изучении инициальной мотивировки употребления курительных смесей Л. А. Бенько и соавт. (2014), методом анкетирования получили данные, что поводом для первого употребления ПАВ в 43,7 % случаях стало любопытство, 23 % начинали курить с целью получения «кайфа» и повышения настроения. М. А. Винникова и С. М. Шахова (2016), Н. А. Анисимова (2016), отмечают, что мотивация употребления синтетических каннабиноидов чаще всего гедонистическая. Согласно данным, полученным от наших пациентов, из интереса, любопытства начали употреблять курительные смеси 53,2 % и 55,7 %, согласно групп наблюдения, с целью получения удовольствия – 23,4 % и 24,3 %, соответственно. М. J. Barratt et al., (2013) среди причин первого употребления СК называют любопытство (50 %), легальность (39), доступность (23 %), рекреационные эффекты (20 %), терапевтические эффекты (9 %), отсутствие

обнаружения при использовании стандартных (скрининговых) методов исследования (8 %), а также с целью облегчения отказа от употребления каннабиса.

Субмиссивная мотивация отражает неумение противостоять давлению. Неспособность противостоять влиянию, подчиняемость вытекают из характерологических или личностных особенностей человека. Это может быть обусловлено зависимыми чертами характера (робость, застенчивость, конформность), при которых индивид старается избегать ситуаций осуждения. Страх оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение, стать «белой вороной» является основообразующей базой для употребления веществ, вызывающих изменение психического состояния [80; 83]. Это подтверждают данные О. В. Леоновой – первые пробы наркотиков в 32,3 % происходили «в гостях у друзей, знакомых», «на улице, во дворе, в подъезде» – 19,4 %. Не случайно первый опыт употребления наркотических средств, как правило, инициирует компания сверстников, которым нельзя отказать, в силу тех ценностей и норм поведения, которые складываются в молодежной среде и субкультуре.

Мотивы употребления при первых пробах наркотических веществ и их последующем употреблении меняются вследствие различных факторов. Как указывает Эдвард Дж. Ханзян, изменение мотивов употребления наркотиков может происходить вследствие биологических факторов привыкания и застарелого характера зависимости. Автор предполагает, что одним из мотивов использования наркотиков является мотив преодоления пассивного, вызывающего смущение опыта переживаний собственной «безэмоциональности», алекситимичности и преобразования его в активный опыт контроля над собственными чувствами [183].

На момент обследования у пациентов, перенесших психозы, значимо чаще встречаются мотивы самоповреждения, в то время как в группе без психозов – атактические мотивы (таблица 6,  $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ). При этом как в ОГ, так и в КГ в структуре ведущих мотивов значимо увеличивается доля атактических



мотивов ( $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ).

Таблица 6 – Мотивы употребления СК у пациентов основной и контрольной групп на момент обследования

Мотив	ОГ, N = 77	КГ, N = 70	p
Из интереса, любопытства, чтобы испытать новые ощущения	—	—	—
Для получения удовольствия	15 (19,5 %)	12 (17,1 %)	н/д
Для коммуникации, чтобы «быть на одной волне», «чтобы не казаться белой вороной»	3 (3,9 %)	—	н/д
От скуки, от нечего делать	4 (5,2 %)	3 (4,3 %)	н/д
Расслабиться, снять напряжение, уйти от проблем	23 (29,9 %)	32 (45,7%)	< 0,05
В результате давления группы сверстников или другой компании	—	—	—
Потеря смысла жизни или всем назло	11 (14,3 %)	3 (4,3 %)	< 0,05
Привести себя в норму, улучшить самочувствие, нарушенное из-за отсутствия ПАВ	21 (27,3 %)	20 (28,6 %)	н/д

Атарактические мотивы, имеющие значимо более высокое значение среди лиц КГ ( $p < 0,05$ ), свидетельствуют об употреблении наркотиков с целью смягчения или устранения негативных эмоциональных переживаний. Известно, что атарактическая мотивация, направленная на снятие эмоциональных переживаний, является преобладающей при патохарактерологическом и психопатологическом типах девиантного поведения [80; 83].

Другие авторы [42; 61; 62; 63] также выделяют наиболее часто встречающиеся мотивы, которые отмечаются при разных формах аддиктивного поведения на этапе сформированной зависимости: гедонистические, атарактические, гиперактивации, а также абстинентные.

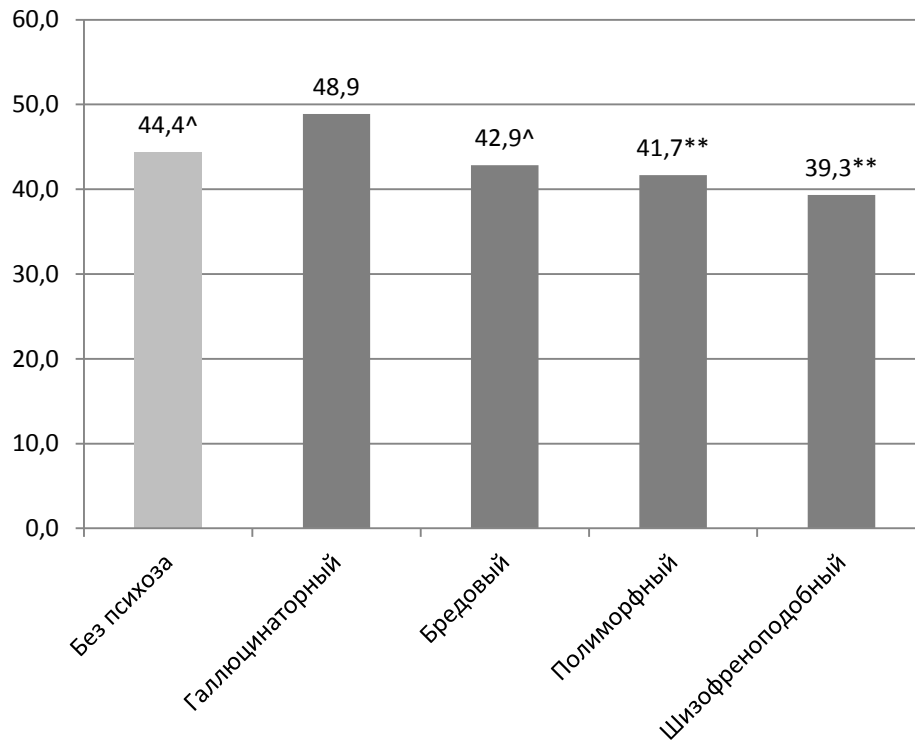
### **3.5 Эмоциональные расстройства у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов**

Для идентификации эмоциональных расстройств использовались шкала самооценки депрессии Цунга, шкала оценки личностной и ситуативной тревожности Спилберга-Ханина, Торонтская шкала алекситимии –TAS, шкала диссоциации –DES.

При исследовании спектра эмоциональных расстройств пациентов ОГ установлено преобладание в клинической картине постабстинентного периода выраженности расстройств тревожного кластера. При этом отмечается высокий уровень как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности респондентов.

Так, у пациентов ОГ показатель ситуативной тревоги, определяемый по шкале Спилберга – Ханина, в постабстинентном соответствовал у 55,8 % (N = 43) уровню тревоги средней степени, а у 44,2 % (N = 34) – высокому уровню. Показатель ситуативной тревоги у 1,4 % (N = 1) пациентов КГ соответствовал низкому уровню, у 57,1 % (N = 40) – среднему, а у 41,4 % (N = 29) – высокому. Значимых отличий в уровне ситуативной тревоги между пациентами основной и контрольной групп не установлено.

В ОГ выявлена наибольшая выраженность уровня ситуативной тревоги в постабстинентном состоянии у пациентов с галлюцинаторным типом психоза в сравнении с пациентами с другими вариантами психотических нарушений (рисунок 6).



Примечание: \*\* –  $p < 0,01$  – достоверность различий по отношению к пациентам с галлюцинаторным психозом; ^ –  $p = 0,06$  – различия по отношению к пациентам с галлюцинаторным психозом (на уровне тенденции).

Рисунок 6 – Выраженность уровня ситуативной тревоги в постабстинентном состоянии при различных типологических вариантах психоза

Выявлены достоверно значимые отличия в уровне личностной тревожности между пациентами исследуемых групп: показатель личностной тревожности соответствовал высокому уровню у 31,2 % (N = 24) пациентов ОГ и у 48,6 % (N = 34) пациентов КГ ( $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ). У 9,1 % (N = 7) пациентов ОГ показатель личностной тревожности соответствовал низкому уровню тревоги, у 59,7% (N = 46) – уровню средней степени. В КГ у 7,1 % респондентов (N = 5) он соответствовал низкому уровню, у 44,3 % (N = 31) – среднему. Высокий уровень личностной тревожности объясняет значимую роль атактических мотивов употребления ПАВ у обследованного контингента лиц.

Таблица 7 – Сравнение степени выраженности эмоциональных расстройств у пациентов основной и контрольной групп (в абсолютных значениях)

Исследуемый показатель	Группа 1 Me (Low÷Up)	Группа 2 Me (Low÷Up)	P ≤
Уровень депрессии	44 (35÷52)	39 (36÷51)	н/д
Уровень ситуативной тревоги	42 (37÷50)	40 (38÷52)	н/д
Уровень личностной тревожности	41 (35÷47)	44,5 (39,75÷47)	0,01
Уровень алекситимии	66 (59,5÷74,5)	61 (55÷70)	0,01
Примечание: Me – медиана (Low – нижний квартиль, Up – верхний квартиль, критерий Манна – Уитни)			

Кроме того, у пациентов ОГ выявлена обратная корреляция между длительностью систематического употребления СК (стажем наркотизации) и выраженностью личностной тревожности ( $R = -0,29$ ,  $p = 0,032$ , коэффициент корреляции Спирмана).

Частота встречаемости депрессивных расстройств в постабстинентном периоде у обследованных пациентов (по данным экспериментально-психологического исследования) была низкой. Показатели депрессии, объективизируемые по шкале Цунга, находились в интервале, соответствующем отсутствию депрессии, у 67,5 % обследованных ОГ ( $N = 52$ ) и у 71,4 % пациентов КГ ( $N = 50$ ), умеренной депрессии – у 23,4 % пациентов ОГ ( $N = 18$ ) и у 21,4 % пациентов КГ ( $N = 15$ ), депрессии средней степени – у 9,1 % пациентов ОГ ( $N = 7$ ) и у 7,1 % пациентов КГ ( $N = 5$ ). Значимых отличий в уровне депрессии между пациентами основной и контрольной группы не установлено (таблица 7). В ОГ уровень депрессии не зависел от типа психоза.

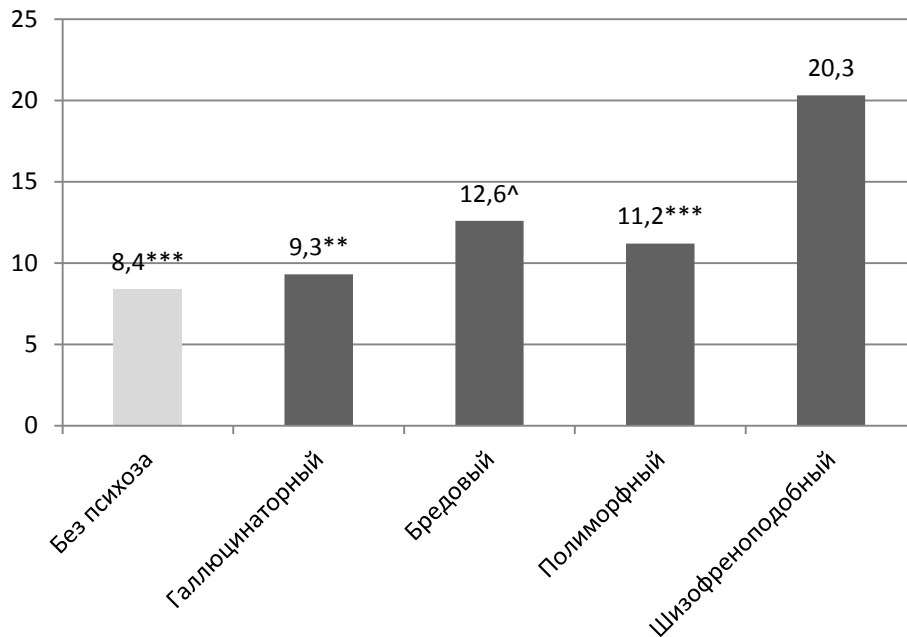
Для изучения психотравмирующего потенциала психотических расстройств мы использовали шкалу DES. При изучении показателя диссоциативной напряженности по шкале DES установлены значимые отличия в его уровне у респондентов основной и контрольной групп (таблица 8).

Таблица 8 – Выраженность уровня диссоциации у пациентов основной и контрольной групп (в абсолютных значениях)

Исследуемый показатель	ОГ	КГ	p
	Me (Low ÷ Up)	Me (Low ÷ Up)	
Уровень диссоциации	10,4 (5,0 ÷ 18,6)	7,1 (3,8 ÷ 14,0)	<0,05

Примечание: Me – медиана (Low – нижний квартиль ÷ Up – верхний квартиль).

Наибольшая выраженность уровня диссоциативных проявлений в постабстинентном состоянии наблюдается у пациентов с шизофреноподобным типом психоза в сравнении с пациентами с другими вариантами психотических нарушений (рисунок 7).



Примечание: \*\* – $p < 0,05$ ; \*\*\* – $p < 0,001$  – достоверность различий по отношению к пациентам с шизофреноподобным психозом; ^ – $p = 0,06$  – различия по отношению к пациентам с шизофреноподобным психозом (на уровне тенденции).

Рисунок 7 – Выраженность уровня диссоциации в постабстинентном состоянии при различных типологических вариантах психоза

У пациентов основной и контрольной групп выявлена прямая корреляция между уровнем личностной тревожности и выраженностью диссоциативных проявлений ( $R = 0,332$ ,  $p < 0,005$ , рис. 6 и  $R = 0,592$ ,  $p < 0,001$ , коэффициент корреляции Спирмана).

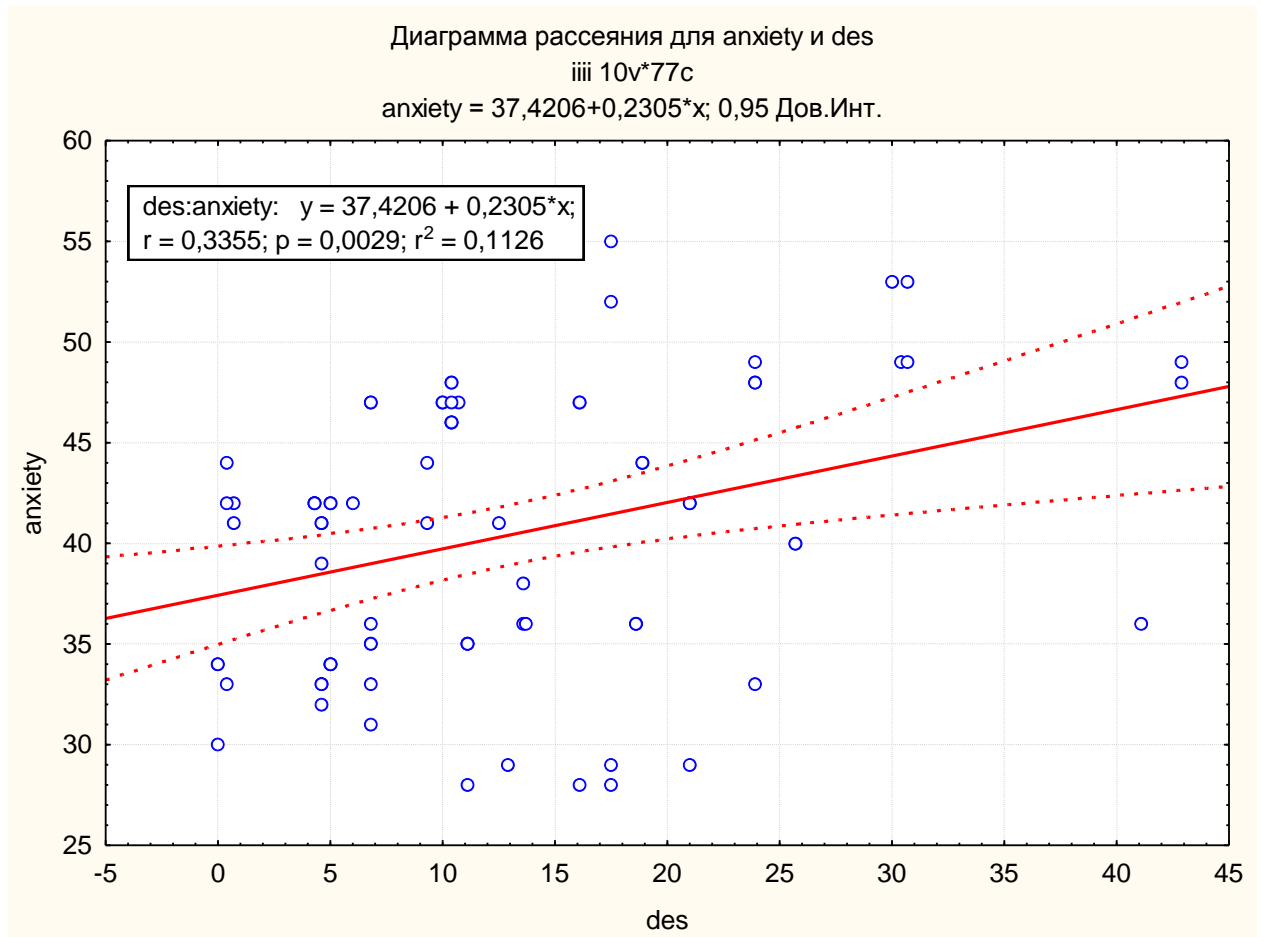


Рисунок 8 – Регрессия между уровнем личностной тревожности и выраженностью диссоциативных проявлений у пациентов основной группы

Выраженность алекситимических расстройств в постабстинентном периоде у пациентов исследуемых групп представлена в таблице 9.

Таблица 9 – Алекситимические расстройства в постабстинентном периоде

Степень выраженности	ОГ, % (N)	КГ, % (N)	p
Алекситимия	27,3 % (21)	14,3 % (10)	< 0,05
Склонность к алекситимии	36,4 % (28)	22,9 % (16)	0,07*
Итого: признаки алекситимии	63,7 % (49)	37,2 % (26)	< 0,01
Нет алекситимии	36,4 % (28)	62,9 % (44)	< 0,01
Примечания: $\chi^2$ статистика; * – различия на уровне тенденции.			

У пациентов ОГ и КГ установлена прямая корреляция между выраженностью уровня депрессии и уровня алекситимии ( $R = 0,293$ ,  $p < 0,05$  и  $R = 0,598$ ,  $p < 0,001$  соответственно групп наблюдения, парные корреляции Спирмана).

Полученные нами данные соотносятся с результатами многочисленных исследований об облигатности аффективных нарушений при различных видах зависимостей [2; 3; 7; 21; 23; 24; 60; 80; 83; 81; 92; 110].

Согласно данным В. Б. Никишиной и соавт. (2013), при наркотической зависимости показатели диссоциированности являются максимально выраженными по сравнению с алкогольной зависимостью. Высокие уровни по шкале DES, соответствующие диапазону высоких значений, определяются и при изучении диссоциации Образа Я при алкогольной зависимости [36].

### **3.6 Показатели самооценки социальной адаптации пациентов с зависимостью от синтетических каннабиноидов и их динамика у пациентов контрольной группы в зависимости от длительности лечения**

Одну из следующих задач нашего исследования составило сравнение самооценки социальной адаптации у пациентов ОГ и КГ, а также определение ее связи с количеством перенесенных психозов у пациентов ОГ и с длительностью госпитализации у пациентов КГ.

В данном исследовании, для изучения уровня социального функционирования, мы использовали Шкалу самооценки социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale – SASS). Данный вид психометрического

инструментария используется как у пациентов психиатрического профиля, так и в общепопуляционных исследованиях [152; 162].

В зависимости от показателей по шкале SASS пациенты основной и контрольных групп были разделены на несколько подгрупп: 1–плохая социальная адаптация (0–22 баллов), 2–затрудненная социальная адаптация (23–35 баллов), 3–хорошая социальная адаптация (36–55 баллов), 4 – очень хорошая социальная адаптация (свыше 55 баллов).

В постабстинентный период, на 20–21 сутки госпитализации, в обеих группах преобладают пациенты с затрудненной социальной адаптацией (65 % и 75,7 % соответственно группам наблюдения). В ОГ больше удельный вес социально дезадаптированных пациентов (32,4 % против 18,6 %) и меньше удельный вес пациентов с хорошей социальной адаптацией (2,6 % против 5,7 %) – различия на уровне тенденции,  $p = 0,054$ ,  $\chi^2$  статистика. Пациентов с очень высоким уровнем социальной адаптации (свыше 55 баллов по шкале SASS) в ОГ и КГ выявлено не было (рисунок 9).

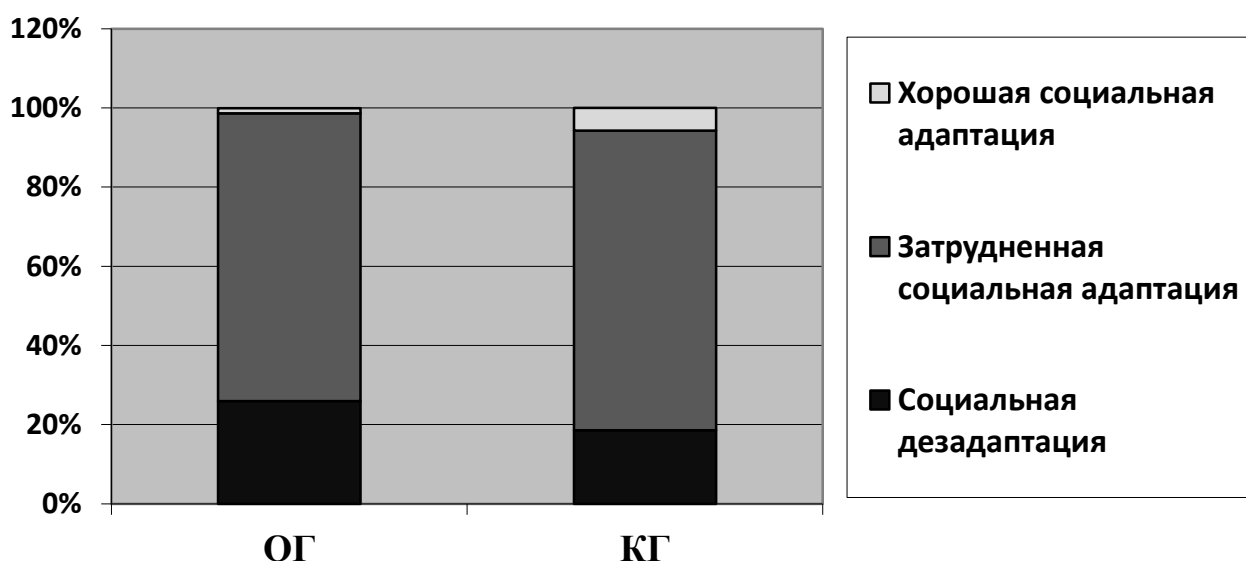


Рисунок 9 – Распределение пациентов основной и контрольной групп по уровню самооценки социальной адаптации в постабстинентном периоде

При определении среднегрупповых значений уровня самооценки социальной адаптации выявлены значимые различия среди пациентов основной и контрольной групп на 20–21 сутки госпитализации – таблица 10.



Таблица 10 – Показатели самооценки социальной адаптации у пациентов ОГ и КГ

Показатели самооценки социальной адаптации	ОГ Me(Low ÷ Up)	КГ Me (Low ÷ Up)	p1
20–21 сутки	25 (17,5 ÷ 28)	27 (23 ÷ 31)	p < 0,05
В динамике	*	32 (27 ÷ 35)	p < 0,01
p2	—	< 0,01	—
Примечание: 1. p1 – критерий Манна – Уитни; 2. p2 – ранговый критерий Вилкоксона для связанных выборок; 3. * – в динамике не измерялось в связи со сроками лечения.			

Из таблицы видно, что показатели самооценки социальной адаптации в КГ в динамике за период нахождения на стационарном лечении значительно возрастают.

Нами также исследовалась взаимосвязь между длительностью лечения пациентов КГ и уровнем социальной адаптации, оцененной по шкале в баллах – таблица 11. В зависимости от длительности лечения пациенты КГ были разделены на 3 подгруппы: 1) с длительностью лечения до 31 дня, 2) с длительностью лечения от 32 дней до 3 месяцев, 3) с длительностью лечения свыше 3 месяцев.

Таблица 11 – Уровень самооценки социальной адаптации в зависимости от длительности лечения в контрольной группе

N	Длительность лечения			p	
	до 31 дня (1)	32 дня – 3 мес. (2)	свыше 3 мес. (3)	p 1	p 2
	15	38	17		
Уровень соц. адаптации после лечения (балл)	28,0 (24,0–33,0)	31,5 (26,0–33,3)	34,0 (32,0–37,0)	0,007	0,020 (1–3) 0,038 (2–3)
Примечание: p1 – тест Краскела – Уоллиса при сравнении трех подгрупп, p 2 – парные сравнения (тест Т3 Даннета, равенство дисперсий не предполагается).					

Как видно из таблицы 11, самооценка уровня социальной адаптации прогрессивно нарастает по мере увеличения длительности лечения в реабилитационном стационарном отделении.

Данный факт может быть обусловлен положительным эффектом длительного (до 6 мес.) курса лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых у пациентов КГ, а также подчеркивает необходимость включения пациентов как перенесших психозы, так и без них в длительные реабилитационные программы.

Наши данные согласуются с данными других авторов, изучавших качество жизни пациентов с наркологической патологией. Так, Ю. П. Сиволап и соавт. (2003), при проведении патопсихологического обследования (в частности, оценки уровня социальной адаптации с помощью показателя GCR – General Condition Response) отмечают, что для больных алкоголизмом и, в еще большей степени, для больных опишной наркоманией характерны значительное снижение толерантности к фрустрации и снижение уровня социальной адаптации. А. Ю. Ненастьева и соавт. (2006), в своем исследовании установили, что несмотря на достоверную положительную динамику показателей качества жизни больных опиоидной наркоманией после стационарного лечения, они остаются достоверно ниже, чем показатели качества жизни в общей популяции, что свидетельствует о недостаточности полного курса базисной терапии для нормализации этих показателей. Авторы подчеркивают, что для полной нормализации показателей качества жизни необходим длительный период воздержания от приема наркотиков и медико-социальная реабилитация.

### 3.7 Влияние числа перенесенных психозов на некоторые психометрические показатели у пациентов основной группы

Показатели эмоциональных расстройств и уровня самооценки социальной адаптации у пациентов ОГ демонстрируют зависимость от числа перенесенных психозов (таблица 12). Для оценки влияния числа перенесенных психозов на указанные показатели использовался тест Краскела- Уоллиса при сравнении трех подгрупп.

Таблица 12 – Влияние числа перенесенных психозов на эмоциональные расстройства и показатели уровня самооценки социальной адаптации у пациентов основной группы

Показатель	Число психозов в анамнезе			p
	1	2	3 и более	
	Me (Low ÷ Up)	Me (Low ÷ Up)	Me (Low ÷ Up)	
SASS 1	26 (23 ÷ 32)	24 (14,5 ÷ 27,8)	21 (11,8 ÷ 26,3)	0,030
Уровень ситуативной тревоги	47 (39 ÷ 50)	45 (35,8 ÷ 48,8)	50 (47,8 ÷ 60)	0,046
Уровень диссоциации в динамике	6,8 (1,4 ÷ 11,1)	13,6 (6,8 ÷ 18,8)	12 (4,6 ÷ 21,0)	0,061*

Примечания:

1. p – тест Краскела-Уоллиса при сравнении трех подгрупп. Приведены только значимо различающиеся показатели.
2. \* – различия на уровне тенденции.
3. Me – медиана (Low – нижний квартиль, Up – верхний квартиль, критерий Манна – Уитни).

Результаты таблицы указывают, что у лиц с психотическим течением при продолжении наркотизации уровень самооценки социальной адаптации значимо снижается с увеличением числа перенесенных психозов, уровень ситуативной тревоги значимо возрастает, уровень диссоциации демонстрирует тенденцию к увеличению.

### **3.8 Влияние исходного уровня мотивации к отказу от употребления синтетических каннабиноидов на длительность лечения**

На следующем этапе работы оценивалась возможная связь между исходным уровнем мотивации к отказу от употребления СК и длительностью терапии. Последняя измерялась в днях от момента поступления до даты выписки из стационара и разделялась на 3 категории: до 31 дня (15 чел.), 32 дня – 3 месяца (38 чел.) и свыше 3 месяцев (17 чел.). Исходная мотивация к отказу от употребления СК у пациентов была оценена экспертным методом в ходе клинического интервью и разделена на 4 градации как отсутствующая (22 чел.), слабая, обусловленная преимущественно внешними факторами (44 чел.), средняя, амбивалентная (3 чел.), и выраженная (1 чел.). Попытка оценить связь методом полиномиальной логистической регрессии показала невозможность применения этого метода из-за существования ячеек с нулевым количеством случаев, обусловленных слишком большим числом выбранных градаций. Поэтому задача решена методом бинарной логистической регрессии путем «укрупнения» градаций и перехода к двум категориям, т.е. дихотомическому представлению переменных. При этом обнаружена высокозначимая связь: пациенты с отсутствующей мотивацией имеют в 7,17 раза меньшие шансы на продолжительное лечение, чем мотивированные и заканчивают его ранее 31 дня (ОШ 7,17; 99,9 %; ДИ 1,01 – 58,40).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Широкая распространенность СК обусловлена целым комплексом факторов: психологическим, диагностическим, наркогенным, территориальным, юридическим, финансовым.

Обследованные потребители курительных смесей – это преимущественно молодые люди в возрасте до 29 лет. Лица возрастной группы старше 30 лет встречаются среди пациентов ОГ в 28,6 %, среди пациентов КГ – в 24,3 % случаев.

Установлено, что у пациентов ОГ значимо чаще встречается отягощенность семейного анамнеза по психическим расстройствам (57,1% и 37,1 % соответственно групп наблюдения,  $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  статистика). При этом в основной группе есть тенденция к более частой выраженности наследственной отягощенности по алкоголизму у родственников первой линии (45,5 % и 21 % соответственно групп наблюдения,  $p = 0,054$ ,  $\chi^2$  статистика).

Черепно-мозговые травмы в анамнезе отмечаются у 32,7 % обследуемых в ОГ (N = 25), против 30 % пациентов КГ (N = 21) (различия статистически не значимы).

Судимости отмечаются у 50,6 % пациентов ОГ (N = 39) и у 48,6 % пациентов КГ (N = 34) (различия статистически не значимы).

Для пациентов исследуемых групп характерен приблизительно одинаковый возраст начала употребления курительных смесей:  $(23,7 \pm 0,6)$  лет для респондентов ОГ и  $(22,8 \pm 0,6)$  лет для респондентов КГ.

Продолжительность этапа эпизодического употребления курительных смесей, содержащих СК в исследуемых группах составляла  $(3,5 \pm 0,1)$  и  $(3,1 \pm 0,1)$  месяца соответственно с последующим формированием синдрома зависимости (различия статистически не значимы).

При оценке связи между наличием психозов и наличием нарушений восприятия в состоянии острой интоксикации СК методом бинарной логистической регрессии установлено, что у пациентов с такими нарушениями в 2,2 раза большие шансы иметь психозы (то есть относиться к основной группе),

чем у пациентов без нарушений восприятия. Таким образом, обнаружена прямая связь между наличием нарушений восприятия в интоксикации СК и развитием психозов (ОШ = 2,20; ДИ = 1,11–4,07).

При оценке связи между нарушениями восприятия в состоянии интоксикации и типом психоза методом бинарной логистической регрессии установлено, что пациенты с шизофреноподобным вариантом течения психоза имеют в 5 раз большие шансы испытывать данные нарушения в состоянии опьянения в сравнении с пациентами с галлюцинаторным вариантом психоза.

При обследовании пациентов установлено, что психотические состояния после употребления СК могут развиваться как на высоте опьянения, так и спустя некоторый промежуток времени после употребления наркотических средств.

Интоксикационные психозы, развившиеся вследствие употребления СК, чаще всего протекают с галлюцинаторной, бредовой, аффективной (преимущественно тревожной) или полиморфной симптоматикой.

Выделены следующие типологические варианты психотических нарушений у лиц с зависимостью от СК: психотическое расстройство преимущественно галлюцинаторное (F1x.52), психотическое расстройство преимущественно бредовое (F1x.51), психотическое расстройство преимущественно полиморфное (F1x.53), психотическое расстройство шизофреноподобное (F1x.50), острая интоксикация с делирием (F1x.03), абстинентное состояние с делирием (F1x.4).

При возобновлении употребления курительных смесей психотические состояния имеют тенденцию к рецидивам. Установлено, что из 77 обследованных перенесли психоз вследствие употребления синтетических каннабиноидов однократно – 39 человек, по 2 психотических эпизода – 20 человека, по 3 и более эпизодов – 18 человек. Максимальное количество психотических эпизодов по данным отдаленного катанеза – 8.

Значимых отличий в инициальных мотивах употребления СК у пациентов обследуемых групп не выявлено (критерий  $\chi^2$ ). На момент обследования у пациентов, перенесших психозы, значимо чаще встречаются мотивы самоповреждения, в то время как в группе без психозов – атактические мотивы

( $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ). При этом как в ОГ, так и в КГ в структуре ведущих мотивов значимо увеличивается доля атактических мотивов ( $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ).

При исследовании спектра эмоциональных расстройств пациентов ОГ установлено преобладание в клинической картине постабстинентного периода выраженности расстройств тревожного кластера. При этом отмечается высокий уровень, как ситуативной тревоги, так и личностной тревожности респондентов.

Значимых отличий в уровне ситуативной тревоги между пациентами основной и контрольной групп не установлено. В ОГ выявлена наибольшая выраженность уровня ситуативной тревоги в постабстинентном состоянии у пациентов с галлюцинаторным типом психоза в сравнении с пациентами с другими вариантами психотических нарушений.

Выявлены достоверно значимые отличия в уровне личностной тревожности между пациентами исследуемых групп. У пациентов ОГ выявлена обратная корреляция между длительностью систематического употребления СК (стажем наркотизации) и выраженностью личностной тревожности ( $R = - 0,29$ ,  $p = 0,032$ , коэффициент корреляции Спирмана). Значимых отличий в уровне депрессии пациентами основной и контрольной группы не установлено. В ОГ уровень депрессии не зависел от типа психоза.

При изучении показателя диссоциативной напряженности по шкале DES установлены значимые отличия в его уровне у респондентов основной и контрольной групп. Наибольшая выраженность уровня диссоциативных проявлений в постабстинентном состоянии наблюдается у пациентов с шизофреноподобным типом психоза в сравнении с пациентами с другими вариантами психотических нарушений.

У пациентов основной и контрольной групп выявлена прямая корреляция между уровнем личностной тревожности и выраженностью диссоциативных проявлений ( $R = 0,332$ ,  $p < 0,005$  и  $R = 0,592$ ,  $p < 0,001$ , коэффициент корреляции Спирмана).

У пациентов ОГ и КГ установлена прямая корреляция между выраженностью уровня депрессии и уровня алекситимии ( $R = 0,293$ ,  $p < 0,05$  и  $R = 0,598$ ,  $p < 0,001$  соответственно групп наблюдения, парные корреляции Спирмана).

В постабстинентный период в обеих группах преобладают пациенты с затрудненной социальной адаптацией. При определении среднегрупповых значений уровня самооценки социальной адаптации выявлены значимые различия среди пациентов основной и контрольной групп на 20–21 сутки госпитализации.

Показатели самооценки социальной адаптации в КГ в динамике за период нахождения на стационарном лечении значимо возрастают. Самооценка уровня социальной адаптации прогрессивно нарастает по мере увеличения длительности лечения в реабилитационном стационарном отделении. Данный факт может быть обусловлен положительным эффектом длительного (до 6 мес.) курса лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых у пациентов КГ, а также подчеркивает необходимость включения пациентов как перенесших психозы, так и без них в длительные реабилитационные программы.

Показатели эмоциональных расстройств и уровня самооценки социальной адаптации у пациентов ОГ демонстрируют зависимость от числа перенесенных психозов. Так, в частности, уровень самооценки социальной адаптации значимо снижается с увеличением числа перенесенных психозов, уровень ситуативной тревоги значимо возрастает, уровень диссоциации демонстрирует тенденцию к увеличению.

Обнаружена высокозначимая связь между исходным уровнем мотивации к отказу от употребления СК и длительностью терапии: пациенты с отсутствующей мотивацией имеют в 7,17 раза меньшие шансы на продолжительное лечение, чем мотивированные и заканчивают его ранее 31 дня.



## ВЫВОДЫ

1. В синдромальной структуре психозов, вызванных употреблением СК, преобладали галлюцинаторный, полиморфный и шизофреноподобный варианты. При продолжении наркотизации практически у половины (49,4 %) пациентов наблюдается тенденция к рецидивированию. Первый психотический эпизод чаще протекает в виде галлюцинаторного варианта. Полиморфный и шизофреноподобный варианты значимо чаще развиваются у лиц, госпитализированных по поводу второго и третьего психотических эпизодов.

2. У лиц с зависимостью от СК, перенесших психоз, значимо чаще встречается отягощенность семейного анамнеза по психическим расстройствам и тенденция к наследственной отягощенности по алкоголизму у родственников первой линии в сравнении с пациентами без психотических нарушений.

3. У наркозависимых инициальные мотивы употребления СК не различаются и представлены такими мотивами, как интерес и любопытство, желание получить новые ощущения и испытать удовольствие. При формировании зависимости у пациентов, перенесших психозы, значимо чаще встречаются мотивы самоповреждения, в то время как в группе без психозов – атактические мотивы.

4. У пациентов с зависимостью от СК вне зависимости от наличия психоза в постабстинентном периоде наблюдается высокий уровень личностной и ситуативной тревоги при умеренной выраженности уровня депрессивных расстройств. Выраженность уровня ситуативной тревоги прямо зависит от количества перенесенных психозов и типа психоза (у наркозависимых с галлюцинаторным типом психоза уровень ситуативной тревоги значимо выше).

5. У больных, перенесших психозы, значимо чаще встречается алекситимия. При этом, чем выше уровень алекситимии у пациентов, тем более выражены симптомы депрессии.

6. Постабстинентный период у больных, перенесших психозы, характеризуется значимо более высоким уровнем диссоциативных проявлений.

Уровень диссоциации прямо связан с уровнем личностной тревожности. При этом у пациентов с шизофреноподобным типом психоза в постабстинентном состоянии наблюдаются более выраженные проявления диссоциации, в сравнении с пациентами с другими вариантами психотических нарушений.

7. Субъективная оценка уровня социальной адаптации в постабстинентном периоде у пациентов с перенесенными психозами достоверно ниже, чем у пациентов без психозов. Уровень самооценки социальной адаптации у больных, зависимых от СК, достоверно снижается с увеличением количества перенесенных психозов.

8. Предикторами развития психотических состояний у больных, с зависимостью от СК являются наличие в состоянии острой интоксикации преходящих нарушений восприятия в виде гиперестезии, парестезии и иллюзий, а также высокий уровень алекситимии.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

С целью информирования пациента о факторах риска развития у него психотических состояний предлагается определение предикторов развития психозов в ходе клинического обследования (при сборе анамнеза и с помощью определения показателей по шкале диссоциации в динамике).

С учетом выявленных особенностей формирования мотивации употребления СК представляется целесообразным определение мотивов употребления данного вида ПАВ с целью индивидуализации лечебно-реабилитационных программ.

Для повышения приверженности пациентов к лечению необходимо с первых дней пребывания пациента в стационаре включать его в психотерапевтическую работу по выработке мотивации к отказу от употребления СК.

В связи с тем, что формирование зависимости от СК отличается высокопрогредиентным типом течения с высоким ростом толерантности, быстрым развитием всех этапов наркотической зависимости, частым присоединением психопатологических нарушений, нарастанием уровня социальной дезадаптации и высоким уровнем противоправного поведения, одной из важнейших задач является профилактика наркотизма. В первую очередь превентивные программы должны быть направлены на лиц молодого возраста и подростков.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГБУЗ НСО «ГНОКПБ № 3»	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирская областная клиническая психиатрическая больница № 3»
ГБУЗ НСО «НОКНД»	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер»
КГ	контрольная группа
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
МККН	Международный комитет по контролю над наркотиками
ОГ	основная группа
ПАВ	психоактивные вещества
СК	синтетические каннабиноиды
ФСКН	Федеральная служба по контролю над наркотиками
УМВД	Управление Министерства внутренних дел
BRENDA	Biopsychosocialevaluation, Report, Empathetic, Needs, Direct, Assessing – метод психосоциальной поддержки и мотивирования
EMCDDA	Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости
DES	Dissociative Experience Scale, шкала диссоциации
INCB	International narcotics Control Board – международный Комитет по контролю над наркотиками
SASS	Social Adaptation Self-evaluation Scale –

Шкала самооценки социальной адаптации

TAS

Toronto Alexithymia Scale – Торонтская шкала  
алекситимии

$\Delta 9$  –ТГК

Дельта-9-тетрагидроканнабинол

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Агарков, В. А. Диссоциация и пограничное расстройство личности / В. А. Агарков // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 2. – С. 15.
2. Агибалова, Т. В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия): автореф. дис. ... д-ра мед.наук / Агибалова Татьяна Васильевна: 14.00.45. – Москва, 2007. – С. 32–33.
3. Агибалова, Т. В. Аффективные расстройства в структуре игрового абстинентного синдрома / Т. В. Агибалова // Психоневрология в современном мире: материалы ФГУ «Спб. НИПНИ им. Бехтерева». – Спб: Человек и здоровье. – 2007 – С. 168.
4. Агибалова, Т. В. Оценка эффективности применения психотерапии при комплексном лечении больных игровой зависимостью / Т. В. Агибалова, О. Ж. Бузик, Е. Н. Динов // Наркология. – 2010 – № 9. – С. 31–39.
5. Аксючиц, И. В. Методика изучения мотивов употребления наркотиков / И. В. Аксючиц // Психологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 52–59.
6. Алекситимия как фактор риска различных форм аддиктивного поведения / С. И. Замогильный [и др.] // Наркология. – 2016. – № 11. – С. 108–109.
7. Алтынбеков, К. С. Типология, клиническая динамика и терапия аффективных расстройств при алкоголизме с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга / К. С. Алтынбеков, Н. А. Бохан, Е. Д. Счастный // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 64–65.
8. Анализ острых отравлений в ХМАО-Югре в сентябре – октябре 2014 г. / Н. А. Волкова [и др.] [Электронный ресурс] // «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации»: тезисы Всероссийской научно-практической конференции / под общей редакцией д. м. н. А. Н. Лодягина и проф. А. Г. Софронова. – СПб.: Альта Астра, 2016. – С. 19.

9. Анализ случаев обращаемости за медицинской помощью потребителей современных психоактивных веществ в Чите / А. В. Сахаров [и др.] // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии: сборник тезисов региональной научно-практической конференции. – Чита, 2016. – С. 100.

10. Аналитический обзор о синтетических психоактивных веществах (подконтрольных и неподконтрольных), получивших распространение в Сибирском федеральном округе с 2010 года по первое полугодие 2014 года // Информационно-аналитические материалы к семинару-совещанию секретарей (представителей) антинаркотических комиссий субъектов Российской Федерации, расположенных в пределах СФО (22–23 октября 2014 г.). – С. 46–49.

11. Аналитический отчет о результатах социологического исследования «Диагностика наркоситуации определенных групп населения Новосибирской области» – Новый Сибирский Институт, Новосибирский областной наркологический диспансер – 2013.

12. Андропова, Н. В. Социально-биологическая и клиническая характеристика лиц, перенесших интоксикационный психоз вследствие употребления синтетических психоактивных веществ / Н. В. Андропова, О. П. Бурлака, Н. Н. Максименко // Электронный научный журнал «Apriori» Серия: Естественные и технические науки. 2015. – № 3. – С. 1-9.

13. Андрусенко, А. А. О связи употребления синтетических наркотиков с развитием первого психотического эпизода шизофрении [Электронный ресурс] // «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации»: материалы Всероссийской научно-практической конференции / под общей редакцией д. м. н. А. Н. Лодягина и проф. А. Г. Софронова. – СПб.: Альта Астра, 2016. – С. 3.

14. Анисимова, Н. А. Современный подход к диагностике и лечению зависимости от курительных смесей типа «Спайс» / Н. А. Анисимова // Центральный научный вестник. – 2016. – № 11. – С. 3–4.

15. Асадуллин, А. Р. Анализ распространенности синтетических каннабиноидов в Республике Башкортостан / А. Р. Асадуллин // Медицинский

вестник Башкортостана. – 2016. – № 6. – С. 63.

16. Афанасьев, В. В. Неврологические нарушения при отравлении «Спайсами». Что нужно знать врачу «первого контакта»? / В. В. Афанасьев, Е. Р. Баранцевич, Е. Л. Пугачева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 101.

17. Бабарахимова, С. Б. Эмоциональные расстройства у подростков с компьютерной зависимостью/ С. Б. Бабарахимова, Ж. М. Искандарова // Сборники конференций НИИ Социосфера. – 2014. – № 23. – С. 45–48.

18. Барабанова, Л. В. Анализ социально-психологических характеристик наркозависимых на этапах реабилитационного процесса в условиях наркологического стационара / Л. В. Барабанова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2007. – № 27. – С. 22–26.

19. Бизина, Л. Н. Влияние нефармакологических методов лечения на динамику аффективных нарушений у больных алкоголизмом / Л. Н. Бизина, А. Ю. Егоров, Н. Н. Петрова // Психическое здоровье. – 2009. – № 8. – С. 34–37.

20. Бохан Н.А., Анкудинова И.Э., Мандель А.И. Коморбидные формы алкоголизма у женщин. Томск: Иван Федоров –2013.–С. 60–67.

21. Бохан, Н. А. Диссоциативная модель формирования алкоголизма (коморбидность, феноменология, реабилитация) / Н. А. Бохан, А. А. Овчинников. – Томск: Изд-во Томского университета, 2008. – С. 118–125.

22. Бохан, Н. А. Клиническая типология психопатологических расстройств у потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов) / Н. А. Бохан, Г. Ю. Селиванов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 4 (89). – С. 18–22.

23. Бохан. Н. А. Клинико-динамические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков / Н. А. Бохан, О. Е. Кривулина, Е. Н. Кривулин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1. – С. 36–39.

24. Бохан. Н. А. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике / Н. А. Бохан, Т. В. Коробицина //



Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11–17.

25. Бузик, О. Ж. Коморбидные расстройства у больных с зависимостью от алкоголя / О. Ж. Бузик, Т. В. Агибалова / Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2008. – № 3. – С. 79–86.

26. Ведяшкин, В. Н. Особенности патоморфоза аддиций у подростков / В. Н. Ведяшкин, И. И. Шереметьева // Уральский медицинский журнал. – 2014. – № 1 (115). – С. 122–126.

27. Винникова, М. А. Клинические проявления и общие подходы к терапии при синдроме зависимости от синтетических каннабиноидов («Спайс») / М. А. Винникова, С. М. Шахова // Наркология. – 2016. – № 4. – С. 34–42.

28. Винникова, М. А. Синтетические каннабиноиды: особенности формирования синдрома зависимости и подходы к терапии / М. А. Винникова, С. М. Шахова // Методические указания: Московский научно-практический центр наркологии. – Москва, 2016. – С. 1–24.

29. Гагин, А. Д. Особенности эндогенных психозов, спровоцированных употреблением курительных смесей и каннабиноидов / А. Д. Гагин, Д. А. Южакова // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 34–35.

30. Головкин, А. И. Каннабиноиды. Нейрохимия и нейробиология // Успехи современной биологии. – 2011. – Том 131. – № 3. – С. 280.

31. Головкин, А. И. Новые запрещенные каннабиноиды. Нейрохимия и нейробиология / А. И. Головкин, А. Г. Софронов, Г. А. Софронов // Наркология. – 2010. – № 7. – С. 68–79.

32. Городнова, М. Ю. Качество жизни пациентов наркологического стационара с опиоидной наркоманией / М. Ю. Городнова // Вестник Северо-Западного Государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2014. – № 3. – С. 51–52.

33. Дальнов, В. В. Психотерапия в наркологии / В. В. Дальнов // Центральный научный вестник. – 2016. – № 15. – С. 16.

34. Диагностика потребителей новых групп психоактивных веществ в практике отделения наркологических экспертиз / В. С. Соснина [и др.] //

Медицина и образование в Сибири. – 2012 – № 2. – С. 73.

35. Дизайнерские наркотики. Классификации, механизмы токсичности / А. И. Головкин [и др.] // Наркология. – 2015. – № 8. – С. 69–86.

36. Диссоциация образа Я при алкогольной зависимости / В. Б. Никишина [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015 – № 4. – С. 122–127.

37. Дифференциальная диагностика шизофрении, органических психозов и интоксикационных психозов вследствие употребления синтетических каннабиноидов / Д. А. Гуреева [и др.] // Вопросы наркологии. – 2016. – № 11-12. – С. 113–116.

38. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2015 год. Глава II. Функционирование системы международного контроля над наркотиками. Окончание // Наркология. – 2016. – № 8. – С. 50. – Пункты 286–287.

39. Егоров, А. Ю. Аддикция к покупкам (компульсивный шопинг) / А. Ю. Егоров // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – том 114. – № 5. – С. 9–14.

40. Егоров, А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А. Ю. Егоров // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 65–77.

41. Егоров, А. Ю. О клинических особенностях раннего женского алкоголизма / А. Ю. Егоров // Вопросы наркологии. – 2004. – № 6. – С. 10–15.

42. Егоров, А. Ю. Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности / А. Ю. Егоров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – № 2. – С. 78–80.

43. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск: «Наука», 1988. – С. 169–172.

44. Зобин, М. Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиоидной зависимости: автореф. дисс. ... канд. мед.наук: 14.00.45 / Зобин Михаил Леонидович. – СПб.; СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. – 24 с.

45. Зобнин, Ю. В. Острые отравления синтетическими каннабиноидами («Спайсами») / Ю. В. Зобнин // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). –

2014. – № 8. – С. 132.

46. Иванюженко, Н. Д. Нарушения психики при употреблении курительных смесей / Н. Д. Иванюженко, А. Н. Волчкова // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 24–25.

47. Игумнов, С. А. Диагностика и лечение зависимостей от «новых» психоактивных веществ (синтетических каннабиноидов)/ С. А. Игумнов, П. С. Лапанов // Вопросы наркологии. – 2014. – № 5. – С. 110–127.

48. Игумнов, С. А. Фармако- и психотерапия психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением природных и синтетических каннабиноидов / С. А. Игумнов, П. С. Лапанов // Военная медицина. – 2014. – № 4 (33). – С. 124.

49. Изучение метаболизма новых допинговых препаратов методом *invitro* для последующего их определения в биожидкости человека. Часть 2. Синтетические каннабиноиды / И. Прасолов [и др.] // Аналитика. – 2012. – № 6. – С. 6–15.

50. Илюк, Р. Д. Особенности эмоционально–мотивационной сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ / Р. Д. Илюк, Д. И. Громыко, И. В. Берно-Беллекур // Пособие для врачей. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева, 2009. – С. 34.

51. Илюк, Р. Д. Характеристики эмоциональных расстройств у зависимых от психоактивных веществ / Р. Д. Илюк, Д. И. Громыко, И. В. Берно-Беллекур // Вестник СПбГУ. – 2011. – Серия 11. – Вып. 2. – С. 155–162.

52. Искусных, А. Ю. Алекситимия. Причины и риски возникновения расстройства / А. Ю. Искусных // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2015. – № 53. – С. 59–68.

53. Камалиева, Л. А. Опасные для здоровья или жизни потребителей «Спайсы» / Л. А. Камалиева // Актуальные проблемы экономики и права. – 2010. – № 2. – С. 161-164.

54. Караман, Ю. К. Эндоканнабиноиды и эйкозаноиды в иммунных

процессах / Ю. К. Караман, Е. Г. Лобанова // Медицинская иммунология. – 2013. – Т. 15. – № 2. – С. 126.

55. Карпов, Я. С. Дизайнерские наркотики и новые прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ: вопросы правового статуса / Я. С. Карпов // Наркоконтроль. – 2013 – № 1. – С. 35–37.

56. Клименко, Т. В. Психотические расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов) / Т. В. Клименко, С. М. Шахова, А. А. Козлов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 2 (95). – С. 26–30.

57. Клиника, диагностика острых отравлений синтетическими каннабиноидами и особенности патогенетической терапии пострадавших / Б. Б. Яцинюк [и др.] // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – 2016. – № 1 (6). – С. 28–44.

58. Клинико-патогенетические аспекты формирования зависимости у подростков, употребляющих Спайс / Л. А. Бенько [и др.] // Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактики аддиктивных состояний: материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. – Челябинск, 2014 – С. 53–56.

59. Клинический пример деменции у подростка после комбинированного употребления алкоголя и синтетического наркотического вещества «Спайса» / Т. Н. Чижова [и др.] // Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактики аддиктивных состояний: сборник трудов Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. – Челябинск, 2013. – С. 150–153.

60. Коморбидная психическая патология у лиц с зависимостью от психоактивных веществ / Н. А. Бохан [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4 (61). – С. 18–20.

61. Копытов, А. В. Мотивы употребления алкоголя подростками и молодыми людьми с проблемами алкогольной зависимости / А. В. Копытов // Вестник ВГМУ. – 2011. – Том 10. – № 4. – С. 105–110.

62. Копытов, А. В. Связь алекситимичности с алкогольными проблемами в подростковом и молодом возрасте / А. В. Копытов // *Здравоохранение*. – 2011. – № 5. – С. 20–24.
63. Копытов, А. В. Связь алекситимичности с алкогольными проблемами в подростковом и молодом возрасте / А. В. Копытов // *Здравоохранение*. – 2011. – № 5. – С. 20–24.
64. Короленко, Ц. П. Малоизученные психические состояния и нарушения и их коррекция с помощью ассоциативных карт. «галарт+» / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева, И. С. Богачек. – СПб. – 2017. – С. 56–63.
65. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск: изд-во ОЛСИБ, 1991. – С. 96.
66. Корреляционные связи между шкалами опросника SF-36 у здоровых людей и пациентов с различными нозологиями / О. Н. Рагозин [и др.] // *Научный медицинский вестник Югры*. – 2013. – № 1 (3). – С. 65–70.
67. Корякин, С. А. Выявление лиц, употребляющих курительные смеси в условиях современного законодательства / С. А. Корякин // *Проблемы управления в здравоохранении*. – 2010. – № 4. – С. 69–71.
68. Кремлева, О. В. Алекситимические проявления при тревожно-депрессивной симптоматике у психических больных / О. В. Кремлева, А. В. Гельд, Л. С. Круглов // *Вестник психотерапии*. – 2013. – № 46 (51). – С. 66.
69. Кристал, Г. Интеграция и самосисцеление. Аффект – Травма – Алекситимия / Г. Кристал, Д. Кристал // *Институт общегуманитарных исследований*. – М., 2006. – С. 285–286, 353, 387–388, 492–493.
70. Крылова, Н. В. Реабилитационный прогноз как фактор успешной психокоррекции аддиктивного поведения / Н. В. Крылова // *Актуальные проблемы психологического знания. Теоретические и практические проблемы психологии: научно-практический журнал* (М.: МПСУ). – 2012. – № 3. – С. 74–80.
71. Куприянчик, Т. В. Из материалов информационных бюллетеней «DRUGNETEUROPE» (№ 90–91, 2015) Европейского Центра мониторинга наркотиков и наркозависимости / Т. В. Куприянчик, Н. А. Ермакина // *Вестник*

Сибирского юридического института ФСКН России. – 2015. – № 4 (21). – С. 155.

72. Курдиль, Н. В. Актуальные вопросы токсикологии и лабораторной идентификации синтетических каннабиноидов / Н. В. Курдиль // Медицина неотложных состояний. – 2015. – № 2. – С. 10.

73. Ларченко, А. В. Комбинированные отравления синтетическими каннабиноидами и этиловым алкоголем / А. В. Ларченко, Я. В. Кауров, С. А. Мудрова // Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации: тезисы всероссийской научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 2016. – С. 53.

74. Леонова, О. В. Социологический мониторинг наркоситуации в молодежной среде / О. В. Леонова, Ю. Г. Миронова // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2013. – № 2. – С. 131–137.

75. Леонтьев, А. Н. Потребности, мотивы и эмоции / А. Н. Леонтьев. – М.: изд-во Московского Университета, 1971. – С. 40.

76. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых // Москва: Эксмо, 2005. – С. 59–62, 120–122.

77. Малышко, Е. В. Особенности клинических признаков «дизайнерских» наркотиков при медицинском освидетельствовании на состояние опьянения / Е. В. Малышко, А. В. Мысливцева // Главный врач Юга России. – 2017. – № 1 (53). – С. 33.

78. Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации / Е. А. Брюн [и др.]. – Москва, 2015. – С. 94–95.

79. Менделевич, В. Д. «Психология девиантного поведения»: учебное пособие для ВУЗов / В. Д. Менделевич. – С.-Петербург: Речь, 2005. – С. 96–102.

80. Менделевич, В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) / В. Д. Менделевич. – М: МЕДпресс-информ. – 2003. – С. 196–200.

81. Менделевич, В. Д. Психиатрия эпоху аддиктологии: новые диагностические и терапевтические реалии / В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 2015 – Т. XLVII, вып. 2 – С. 5–15.

82. Менделевич, В. Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы / В. Д. Менделевич // Наркология. – 2014. – № 7. – С. 93–99.
83. Менделевич, В. Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) / В. Д. Менделевич // Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 1. – С. 5–9.
84. Москвитин, П. Н. Изменение аддиктивной мотивировки у детей и подростков в процессе первичной профилактики / П. Н. Москвитин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6 (69). – С. 36–38.
85. Невирко, А. Д. Состояние, тенденции и прогноз наркоситуации в государствах – членах Организации договора о коллективной безопасности (ОДКБ) / А. Д. Невирко // Вестник Сибирского юридического института ФСКН России. – 2014. – № 2 (15). – С. 63–75.
86. Ненастьева, А. Ю. Возможности использования опросника SF-36 в наркологической практике / А. Ю. Ненастьева, Е. О. Бойко, Г. Л. Гуревич // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2006. – Том 11. – № 1-2. – С. 50–51.
87. Никифорова, Т. В. Использование стандартизированных шкал при оценке эффективности когнитивной психотерапии во время беременности, у депрессивных пациентов с потерей плода в анамнезе / Т. В. Никифорова, Л. А. Агаркова, Е. Д. Счастный // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1. – С. 932–936.
88. Никишина, В. Б. Диссоциативные механизмы состояния зависимости (на примере алкогольной зависимости) / В. Б. Никишина // Известия Юго-Западного государственного университета. – 2013. – № 2 (47). – С. 196.
89. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: Олма-пресс, 2002. – 314 с.
90. Новый подход к терапии алкогольной зависимости, основанный на использовании метода снижения потребления алкоголя / Е. А. Брюн [и др.] // Московский научно-практический центр наркологии: Методические

рекомендации. – Москва, 2015. – С. 46–48.

91. О толерантности к фрустрации при алкоголизме и опийной наркомании / Ю. П. Сиволап [и др.] // Вопросы наркологии. – 2003. – № 1. – С. 47–50.

92. Овчинников, А. А. Аффективные расстройства и синдром отмены при алкогольной зависимости / А. А. Овчинников, М. Ю. Наров, А. И. Киреева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1 (82). – С. 33–35.

93. Оказание наркологической помощи населению Российской Федерации в 2012 г. / Е. А. Кошкина [и др.] // Вопросы наркологии – 2013. – № 4. – С. 14.

94. Определение маркеров синтетических каннабимиметиков РВ-22, РВ-22F, АВ-Pinаса, АВ-Fubinаса в волосах и моче методом ГХ-МС / С. А. Савчук [и др.] // Наркология. – 2013. – № 11. – С. 66–72.

95. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014–2015 годах: статистический сборник / В. В. Киржанова [и др.]. – М.: НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2016. – С. 27.

96. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015–2016 годах: статистический сборник / В. В. Киржанова [и др.]. – М.: НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2017. – С. 25.

97. Острая почечная и печеночно-почечная недостаточность при отравлениях синтетическими наркотиками / В. Г. Сенцов [и др.] // Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации: тезисы всероссийской научно-практической конференции. – Санкт-Петербург. – 2016. – С. 80.

98. Острые отравления психоактивными веществами из группы каннабимиметиков. Клиническая картина, диагностика, лечение / Ю. Н. Остапенко [и др.] // Medline.ru. – 2015. – № 1. – С. 176–186.

99. Острые психотические расстройства у лиц, употребляющих синтетические каннабиноиды (спайсы) [Электронный ресурс] / Л. А. Иванова [и др.]



др.] // «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации»: тезисы Всероссийской науч.-практ. конф / под общей редакцией д. м. н. А. Н. Лодягина и проф. А. Г. Софронова. – СПб.: Альта Астра, 2016. – С. 33.

100. Отравление синтетическими каннабимиметиками: психотропные свойства и побочные эффекты [Электронный ресурс] / Л. Г. Зайцева [и др.] // «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации»: тезисы Всероссийской науч.-практ. конф / под общей редакцией д. м. н. А. Н. Лодягина и проф. А. Г. Софронова. – СПб.: Альта Астра, 2016. – С. 31.

101. Пашкова, М. В. Клинико-психологическое исследование эмоционально-личностных особенностей и специфики нарушений пищевого поведения у больных алиментарным ожирением / М. В. Пашкова, Ю. П. Шорин, М. А. Кромм / Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: психология. – 2009. – Том 3. – № 2. – С. 123–127.

102. Плоткин, Ф. Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции / Ф. Б. Плоткин // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 85–92.

103. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») / В. Н. Амирджанова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36–48.

104. Порядин, Г. В. Патологические и клинические аспекты наркомании синтетическими каннабиноидами, входящими в состав курительных смесей «Спайс» / Г. В. Порядин, Ю. В. Шарпань // Лечебное дело. – 2015. – № 3. – С. 9–16.

105. Применение оксигипертемической физиотерапевтической капсулы «Альфа окси-спа» в комплексном лечении и реабилитации наркологических больных» / Т. Н. Дудко [и др.] // Методические рекомендации. Москва, 2005. – С. 4–30.

106. Психотерапия в наркологии – обзор научно-доказательных моделей

психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 1. Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения / Т. В. Агибалова [и др.] // Вопросы наркологии. – 2015. – № 2. – С. 73–74.

107. Пятницкая, И. Н. Наркомании. Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая // М.: Медицина. – 1994. – С. 104–113, 447.

108. Пятницкая, И. Н. Подростковая наркология / И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова. – М.: Медицина, 2002. – С. 20–21.

109. Распространенность употребления Спайса и других синтетических каннабиноидов в молодежной среде / Д. Н. Алексеева [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17. – № 1. – С. 3–7.

110. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 715–724.

111. Семке, В. Я. Психологическая модель алекситимии в ракурсе факторного анализа / В. Я. Семке, Е. Ю. Брель, И. Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1 (52). – С. 93–94.

112. Семьянов, В. В. Случаи отравления «Спайсами» в Удмуртии / В. В. Семьянов // Проблемы экспертизы в медицине. – 2014. – № 4 (56). – С. 52.

113. Сиволап, Ю. П. Двойной диагноз как терапевтическая проблема / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков, М. В. Янушкевич // Вопросы наркологии. – 2017. – № 6. – С. 105–107.

114. Синевич, А. А. Анализ продуктивной симптоматики по шкале PANSS у лиц мужского пола с зависимостью от курительных смесей из Республики Беларусь / А. А. Синевич, А. В. Копытов // Военная медицина. – 2016 – № 3 (40). – С. 69.

115. Синевич, А. А. Анализ социально-демографических факторов и клинических последствий потребления синтетических каннабиноидов / А. А. Синевич, А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2016. – № 2. – С. 109–110.

116. Синевич, А. А. Курительные смеси: последствия употребления / А. А. Синевич, А. В. Сикорский, А. В. Копытов // Здравоохранение. – 2015. – № 1.

– С. 41–44.

117. Синевич. А. А. Нейропсихологические особенности мужчин, страдающих зависимостью от синтетических каннабиноидов / А. А. Синевич, А. В. Копытов // Военная медицина. – 2017. – № 1 (42). – С. 49.

118. Синевич. А. А. Продуктивные психотические симптомы в состоянии отмены и постинтоксикационном периоде при употреблении синтетических каннабиноидов / А. А. Синевич, А. В. Копытов // Наркология. – 2016. – № 11. – С. 70–74.

119. Синтетические каннабиноиды «Спайс»: актуальные вопросы клинической диагностики и экстренной медицинской помощи / Н. В. Курдиль [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2016. – № 2 (73). – С. 100–104.

120. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы / Г. А. Софронов [и др.] // Наркология. – 2012. – № 10. – С. 97–106.

121. Сирота, Н. А. Мотивационное консультирование подростков, употребляющих наркотические вещества и склонных к рискованному поведению / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2005. – № 4-5. – С. 20.

122. Случаи обнаружения наркотических средств и психотропных веществ при исследовании трупов по данным БСМЭ г. Ханты-Мансийска и района за 2013–2015 годы / А. А. Ершук [и др.] // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2016. – № 1 (6). – С. 10.

123. Случай экспертной оценки употребления курительных смесей / В. Т. Лекомцев [и др.] // Проблемы экспертизы в медицине. – 2011. – Т. 11. – № 1-2. – С. 50–51.

124. Современные подходы к терапии наркотического воздействия курительных смесей / А. С. Рудой [и др.] // Военная медицина. – 2016. – № 2 (39). – С. 22–23.

125. Современные фармакологические методы стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов в наркологии / Е. М. Крупицкий [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 1. – С. 24–25.

126. Статистический сборник // ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России. – Москва, 2014. – С. 14.

127. Степанов, И. Л. Соотношение личностно-волевых особенностей, аффективного компонента и уровня социального функционирования больных депрессией / И. Л. Степанов, Е. К. Горячева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. XXI, № 2. – С. 12–15.

128. Суровцева, А. К. Особенности субъективной оценки качества жизни пациентов аффективными расстройствами с различным риском суицидального поведения / А. К. Суровцева, Е. Д. Счастный // Суицидология. – 2014. – Том 5. – № 4 (17). – С. 52–57.

129. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Издательский дом «Питер», 2001. – С. 262–266.

130. Тархан, А. У. Роль алекситимии в развитии эмоциональных и невротоподобных расстройств при алкогольной зависимости / А. У. Тархан, С. П. Ерошин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В. М. Бехтерева. – 2013. – № 4. – С. 51–57.

131. Теркулов, Р. И. Организация системы профилактики наркомании – проблемы и пути решения / Р. И. Теркулов, О. М. Кормилина, О. Н. Патрикеева // Наркология. – 2017. – № 1. – С. 93–98.

132. Тетенова, Е. Ю. Синдром отмены синтетических каннабиноидов / Е. Ю. Тетенова, А. В. Надеждин, С. А. Савчук // Наркология. – 2014. – № 8. – С. 66–68.

133. Токсикологическая характеристика дизайнерских наркотиков / А. И. Головки [и др.] // Medline. ru. – 2015. – Том 16. – № 1. – С. 26–57.

134. Фетисенкова, Н. В. Новые публикации по судебной экспертизе / Н. В. Фетисенкова // Теория и практика судебной экспертизы. – 2014. – № 33. – С. 124.

135. Фицев, И. М. Эндоканнабиноиды в растительных ароматических смесях / И. М. Фицев, А. Р. Саитгараева, Г. К. Будников // Ученые записки Казанского университета. Серия: Естественные науки. – 2010. – № 1. – С. 99–109.

136. Ханзян, Эдвард Дж. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения / Эдвард Дж. Ханзян // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. Скотта Даулинга. – М.: «Класс», 2000. – С. 40–41.

137. Характеристика ремиссий алкоголизма в отечественной и зарубежной литературе / Б. Д. Цыганков [и др.] // Наркология. – 2016. – № 8. – С. 74–79.

138. Хорошилов, Г. П. Психозы вследствие употребления современных синтетических наркотиков / Г. П. Хорошилов, С. Н. Филиппов // Вопросы наркологии. – 2017. – № 6. – С. 113–114.

139. Хорошилов, Г. П. Интоксикационные психозы, связанные с употреблением современных психоактивных веществ / Г. П. Хорошилов, А. В. Худяков // Практическая медицина. – 2015. – № 5 (90). – С. 7–10.

140. Цветков, А. В. Нейрокогнитивный дефект при употреблении синтетических каннабиноидов (курительные смеси «Спайс»): анализ случая / А. В. Цветков // В мире научных открытий. – 2015. – № 9.3 (69). – С. 1011–1019.

141. Черепкова, Е. В. Клиническая динамика личностных расстройств в структуре «двойного» диагноза у потребителей психоактивных веществ / Е. В. Черепкова, Н. А. Бохан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 1 (58). – С. 29.

142. Чиркова, И. А. работа психолога с семьями младших школьников как эффективный метод профилактики девиаций и зависимостей в подростковом возрасте / И. А. Чиркова // Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактика аддиктивных состояний: сборник трудов Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. – Челябинск, 2013. – С. 223–227.

143. Чурюканов, М. В. Функциональная организация и терапевтический потенциал эндогенной каннабиноидной системы / М. В. Чурюканов, В. В. Чурюканов // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2004. – Т. 67. – № 2. – С. 70–78.

144. Чухловина, М. Л. Когнитивные нарушения у лиц, злоупотребляющих

психоактивными веществами / М. Л. Чухловина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Вып. 6. – С. 83–85.

145. Шахова, С. М. Синтетические каннабиноиды («Спайсы»): состояние проблемы / С. М. Шахова, М. А. Винникова // Вопросы наркологии. – 2016. – № 1. – С. 35–75.

146. Шевырин, В. А. Синтетические каннабиноиды в качестве новых психоактивных соединений. Установление структур, аналитические характеристики, методы определения и идентификация в объектах анализа наркотических средств / В. А. Шевырин. – Москва: изд-во «Перо», 2015 – С. 7–47.

147. Шилейко, И. Д. Новое поколение наркотиков: состояние проблемы / И. Д. Шилейко, О. Р. Айзберг, А. Т. Кузьменко // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2015. – № 2. – С. 28.

148. Шмуклер, А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.18 / Шмуклер Александр Борисович. – М., 1999. – С. 423.

149. Эпидемиологический анализ употребления психоактивных веществ в Республике Беларусь за 2004–2013 гг. / В. В. Лелевич [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2015. – № 1, Т. 20. – С. 13–17.

150. Эффективности директивной игротерапии и арттерапии, как методов коррекции поведенческих девиаций у подростков, употребляющих токсические вещества / Е. И. Мишкина [и др.] // Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактика аддиктивных состояний: сб. трудов Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. – Челябинск, 2013. – С. 202–207.

151. Яковлева, А. Л. Клинико-динамические и терапевтические особенности аффективных расстройств, коморбидных с расстройствами личности: автореф. дис ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Яковлева Альбина Леонтьевна. – Томск, 2016. – С. 140–155.

152. Яковлева, А. Л. Соотношение социальной адаптации и тяжести

текущей депрессии у пациентов с коморбидными и аффективными личностными расстройствами / А. Л. Яковлева, Г. Г. Симуткин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 1 (90). – С. 15–17.

153. «Spice» and other herbal blends: harmless incense or cannabinoid designer drugs ? / V. Auwarter [et al.] // J. Mass spectrum. – 2009. – Vol. 44. – P. 832–837.

154. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids) / R. Vandrey [et al.] // Drug Alcohol Depend. – 2012. – Vol. 120 – № 1-3. – P. 238–241.

155. Acute intoxication caused by a synthetic cannabinoid in two adolescent / T. S. Heath [et al.] // J Pediatric Pharmacol Ther. – 2012. – № 17 (2). – P. 1

156. An outbreak of exposure to a novel synthetic cannabinoid / A. A. Monte [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2014. – Vol. 370. – № 4. – P. 389–390.

157. Barratt, M. Patterns of synthetic cannabinoid use in Australia / M. Barratt, V. Cakic, S. Lenton // Drug Alcohol Rev. – 2013 – 32 (2). – P. 141–6.

158. Benford, D. M. Psychiatric sequelae of Spice, K2, and synthetic cannabinoid receptor agonists / D. M. Benford, J. P. Caplan // Psychosomatics. – 2011. – Vol. 52 (3). – P. 295.

159. Bernstein, E. M. Development, reliability, and validity of a dissociation scale / E. M. Bernstein, F. Putnam // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1986. – V. 174. – P. 727–735.

160. Bliss, E. L. Prevalence of multiple personality among inpatients and outpatients / E. L. Bliss, E. A. Jeppsen // American Journal of Psychiatry. – 1985. – V. 142. – P. 250–251.

161. Bonar, E. E. Motivations, substance use and other correlates amongst property and violent offenders who regularly inject drugs / E. E. Bonar, L. Aushrafioun, M. A. Ilgen // Drug Alcohol Depend. – 2014. – V. 143. – P. 268–71.

162. Bosc, M. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation and Self-evaluation Scale / M. Bosc, A. Dubini, V. Polin // Europ. Neuropsychopharmacol. – 1997. – V. 7. – P. 57–70.

163. Bosc, M. Development and validation of social functioning scale, the

Social Adaptation Self-evaluation Scale / M. Bosc, A. Dubini, V. Polin // *Europ. Neuropsychopharm.* – 1997. – V. 7. – P. 57–70.

164. Bridgit, O. Synthetic Cannabinoids. The Challenges of Testing for Designer Drugs [Electronic resource] / O. Bridgit // *Clinical Laboratory News.* – 2013. – Vol. 39, № 2. – Mode of access: <https://www.aacc.org/publications/cln/articles/2013/february/cannabinoids>

165. Cannabinoid structure-activity relationships: correlation of receptor binding and in vivo activities / D. R. Compton [et al.] // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* – 1993. – Vol. 265 – №1. – P. 218–226.

166. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review / T. H. Moore [et al.] // *Lancet.* – 2007. – Vol. 370, № 9584. – P. 319–328.

167. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study / L. Arseneault [et al.] // *BMJ.* – 2002– V. 325– P. 1212–1213.

168. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence / L. Arseneault [et al.] // *The British Journal of Psychiatry.* – 2004 – V. 184 – P. 110–117.

169. Centers for Disease Control and Prevention: Acute kidney injury associated with synthetic cannabinoid use-multiple states 2012 // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* – 2013 – № 62. – P. 93–8.

170. Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids / J. Cohen [et al.] // *Pediatrics.* – 2012. – № 129. – P. e1064–e1067.

171. Drug-induced psychosis: how to avoid star gazing in schizophrenia research by looking at more obvious sources of light / A. Paparelli [et al.] // *Frontiers in Behavioral Neuroscience.* – 2011. – Vol. 5. – P. 1–9.

172. Effectiveness of a Self-Guided Web-Based Cannabis Treatment Program: Randomized Controlled Trial [Electronic resource] / S. Rooke [et al.] // *J Med Internet Res.* – 2013. – № 15 (2). – Mode of access: <http://www.jmir.org/2013/2/e26/>.

173. European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction. Action on new drugs briefing paper: Understanding the «Spice» phenomenon (a report from an



EMCDDA expert meeting. – Lisbon, 6 March, 2009. – Update version 13 August 2009. – P. 25.

174. Every-Palmer S. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study / S. Every-Palmer // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2011. – N 117. – C. 152–157.

175. Gouzoulis-Mayfrank, E. Schizophrenia and Addiction / E. Gouzoulis-Mayfrank, M. Walter // *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: a practice-based handbook from a european perspective* / ed.: Geert Dom Franz Moggi. – Berlin: Springer, 2015. – P. 75–86.

176. Hall, W. British drinking: a suitable case for treatment? / W. Hall // *British Medical Journal*. – 2005. – № 331. – P. 527–528.

177. Hohmann, N. Effects and Risks Associated with Novel Psychoactive Substances: Mislabeling and Sale as Bath Salts, Spice, and Research Chemical / N. Hohmann, G. Mikus, D. Czock // *Dtsch Arztebl Int*. – 2014. – Vol. 111 (9). – P. 139–47.

178. Hurst, D. Psychois associated with synthetic cannabinoid agonists: a case series / D. Hurst, G. Loeffler, R. McLay // *The American Journal of Psychiatry*. – 2011. – Vol. 168 (10). – P. 1119.

179. International Narcotics Control Board, Report of the International Narcotics Control Board for 2014 [Electronic resource]. – United Nations, 2015. – Mode of access: [www.incb.org](http://www.incb.org).

180. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor / W. A. Devane [et al.] // *Science*. – 1992. – Vol. 258 (5090). – P. 1946–1949.

181. Jerry, J. Synthetic legal intoxicating drug: The emerging «incense» and «bath salt» phenomenon / J. Jerry, G. Collins, D. Strem // *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. – 2012. – Vol. 79, № 4 – P. 258–264.

182. JWH018, a common constituent of «Spice» herbal blends, is a potent and efficacious cannabinoid CB<sub>1</sub> receptor agonist / B. K. Atwood [et al.] // *Br J Pharmacol*. – 2010. – Vol. 160 (3). – P. 585–593.

183. Khantzian, E. Substance abuse, repetition, and the nature of addictive

suffering / E. Khantzian, A. Wilson // Hierarchical Conceptions in Psychoanalysis / ed. by A. Wilson, J. E. Gedo. – N.Y.: Guilford Press, 1993.

184. Krystal, H. Drug Dependens: Aspects of Ego Function. Detroit, MI / H. Krystal, H. Raskin. – Wayne State University Press, 1970.

185. Kumar, R. N. Pharmacological actions and therapeutic uses of cannabis and cannabinoids / R. N. Kumar, W. A. Chambers, R. G. Pertwee // Anaesthesia. – 2001. – V. 56 – P. 1059–1068.

186. Locatelly, C. A. New syntethic cannabinoids intoxications in Italy: clinical identification and analytical confirmation of / C. A. Locatelly, D. Lonati, A. Giampreti // The J. Emerg. Med. – 2011. – Vol. 41, № 2. – P. 220.

187. Ludwig, A. M. Intoxication and sobriety: Implications for the understanding of multiple personality / A. M. Ludwig // Psychiatric Clinics of North America. – 1984. – V. 7. – P. 161–169.

188. Ludwig, A. M. The psychological functions of dissociation / A. M. Ludwig // American Journal of Clinical Hypnosis. – 1983. – Vol. 26. – P. 93–99.

189. Miller, W. R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling / W. R. Miller // NIDA. – 2000. – № 7 – P. 99–106.

190. Miller, W. R. Toward a theory of motivational interviewing / W. R. Miller, G. Rose // American Psychologist. – 2009. – Vol. 64. – P. 527–537.

191. Muller-Vahl, K. R. Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia / K. R. Muller-Vahl, H. M. Emrich // Expert Rev. Neurother. – 2008. – Vol. 8, № 7. – P. 1037–1048.

192. Myocardial infarction associated with use of synthetic cannabinoid K2 / A. Mir [et al.] // Pediatrics. – 2011. – № 128. – P. e1622–e1627.

193. Nemiah, J. C. Affect and fantasy in psychosomatic disorders / J. C. Nemiah, P. E. Sifneos // Modern Trend in Psychosomatic Medicine / ed O. W. Hill. – London: Butterworth. – 1970. – Vol. 2. – PP. 26–34.

194. Novel Drugs of Abuse: A Snapshot of an Evolving Marketplace / R. Vandrey [et al.] // Adolesc Psychiatry (Hilversum). – 2013. – № 3 (2). – P. 123–134.

195. Pacher, P. The endocannabinoid system as an emerging target of pharmacotherapy / P. Pacher, S. Batkai, G. Kunos // *Pharmacol. Rev.* – 2006. – Vol. 58. – № 3. – P. 389–462.
196. Panic attack after spice abuse in a patient with ADHD / H. Muller [et al.] // *Pharmacopsychiatry.* – 2010. – Vol. 43, № 4. – P. 152–153.
197. Petty, F. The depressed alcoholic: Clinical features and medical management / F. Petty // *Gen. hosp. Psychiat.* – 1992. – № 14. – P. 458–464.
198. Pharmacotherapy and psychotherapy in cannabis withdrawal and dependence / A. Benyamina [et al.] // *Expert Rev Neurother.* – 2008. – № 8 (3). – P. 479–91.
199. Phase I hydroxylated metabolites of the K2 synthetic cannabinoid JWH-018 retain in vitro and in vivo cannabinoid 1 receptor affinity and activity / L. K. Brents [et al.] // *PLoS One.* – 2011. – Vol. 6. – № 7. – P. 9.
200. Prochaska, J. O. In search of how people change: Applications to addictive behaviors / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente, J. C. Norcross // *American Psychologist.* – 1992. – Vol. 47. – P. 1102–1114.
201. Project MATCH Research Group (1997) Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes // *Journal of Studies on Alcohol.* – 1997. – Vol. 58. – P. 7–29.
202. Ray, W. J. Dissociation in normal populations / W. J. Ray // *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* / ed by L. K. Michelson & W. J. Ray. – N. Y. & London: Plenum Press, 1996. – P 114–129.
203. Rollnick, S. *Health Behavior Change* / S. Rollnick, P. Mason, C. Putler. – A Guide for practitioners; Churchill Livingstone, 1999. – 225 p.
204. Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change* / S. Rollnick, W. R. Miller, C. Butler. – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2008. – P. 210.
205. Ross, C. A. History, phenomenology, and epidemiology of dissociation / C. A. Ross // *Handbook on dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* / in L. K. Michelson, W. J. Ray (eds.). – New York and London: Plenum

Press. 1996. – P. 3–24.

206. Ross, C. A. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation / C. A. Ross // *Psychiatric Clinics of North America*. – 1991. – V. 14. – P. 503–517.

207. Schiffer, F. Psychotherapy of nine successfully treated cocaine abusers: Techniques and dynamics / F. Schiffer // *J. Subst. Abuse Treatments*. – 1988. – Vol. 5. – P. 133–137.

208. Schneir, A. B. "Spice" girls: synthetic cannabinoid intoxication / A. B. Schneir, J. Cullen, B. T. Ly // *J. Emerg. Med.* – 2011. – Vol. 40, № 3. – P. 296–299.

209. Schneir, A. B. Convulsions associated with the use of a synthetic cannabinoid product / A. B. Schneir, T. Baumbacher // *J. Med Toxicol.* – 2012. – № 8 (1). – P. 62–4.

210. Seely, K. A. Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids / K. A. Seely, J. Lapoint, J. H. Moran // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. – 2012. – № 39 (2). – P. 234–243.

211. Sifneos, P. Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases / P. Sifneos // *Acta Medica Psychosomatica, Proceedings of the 7th European Conference on Psychosomatic Research*. – Rom, 1967. – P. 452–458.

212. Spotts, J. V. Drug induced ego states: trajectory theory of drug experiens / J. V. Spotts, F. C. Shontz // *Soc. Pharmacol.* – 1987. – V. 1. – P. 19–51.

213. Svendsen, K. B. Does the cannabinoid dronabinol reduce central pain in multiple sclerosis? Randomised double blind placebo controlled crossover trial / K. B. Svendsen, T. S. Jensen, F. W. Bach // *BMJ*. – 2004. – Vol. 329 (7460). – P. 253.

214. Synthetic Cathinone and Cannabinoid Designer Drugs Pose a Major Risk for Public Health / A. M. Weinstein [et al.] // *Front. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 23 (8). – P. 156.

215. Taylor, G. J. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness / G. J. Taylor, R. M. Bagby, J. D. Parker. – Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

216. Taylor, G. J. New trends in alexithymia research / G. J. Taylor, R. M. Bagby // *Psychother. Psychosom.* – 2004. – Vol. 73. – P. 68–77.

217. Taylor, G. J. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale – IV: Reliability and factorial validity in different languages and cultures / G. J. Taylor, R. M. Bagby, J. D. Parker // *J. Psychosom. Res.* – 2003. – Vol. 55. – P. 277–283.

218. The frequency of multiple personality among psychiatric inpatients / C. A. Ross [et al.] // *American Journal of Psychiatry.* – 1991. – V. 148. – P. 1717–1720.

219. The synthetic cannabinoid Spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes / H. Muller [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2010. – Vol. 118, № 1-3. – P. 309–310.

220. Three cases of «spice» exposure / J. Simmons [et al.] // *Clinical Toxicology.* – 2011. – 49. – P. 431–433.

221. Understanding and preventing relapse / K. D. Brownell [et al.] // *American Psychologist.* – 1986. – Vol. 41, № 7. – P. 762–782.

222. Van der Kolk, B. A. Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder / B. A. Van der Kolk, O. Van der Hart, C. R. Marmar // *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* / ed. by B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth. – N. Y.: Guilford Press, 1996. – P. 303–327.

223. Van der Kolk, B. A. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study / B. A. Van der Kolk, R. Fisler // *Journal of Traumatic Stress.* – 1995. – Vol. 8, № 4. – P. 505–527.

224. Van der Veer, N. Persistent psychosis following the use of Spice / N. Van der Veer, J. Friday // *Shizophr. Res.* – 2011 – Vol. 130 – № 1-3. – P. 285–286.

225. Waller, N. G. Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences / N. G. Waller, F. W. Putman, E. B. Carlson // *Psychological Methods.* – 1996. – Vol. 1, № 3. – P. 300–323.

226. Weaver, M. F. Designer Drugs 2015: assessment and management / M. F. Weaver, J. F. Hopper, E. W. Gunderson // *Addiction Science and Clinical Practice.* – 2015. – V. 10. – P. 8–11.

227. Withdrawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of «spice gold» / U. S. Zimmermann [et al.] // *Dtsch. Arztebl. Int.* – 2009. – 106 (27). – P. 464–467.

228. Witkiewitz, K. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. That Was Zen, This Is Tao / K. Witkiewitz, G. A. Marlatt // *American Psychologist.* – 2004. – Vol. 59 – № 4. – P. 224–235.

229. An undetectable toxic cause of seizure / A. De Havenon [et al.] // *Neurohospitalist.* – 2011. – № 1 (4). – P. 182–186.

230. Традиционная марихуана, высокопотентная конопля и синтетические каннабиноиды: факторы риска психоза / Robin M. Murrey [etal.]; пер. с англ. А. Пикиреня, В. Пикиреня под ред. И. А. Федотова // *World Psychiatry.* – 2016. – № 15. – С. 195–200.

## СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

1. Рисунок 1 – Показатели общей госпитализации пациентов с психозами, связанными с употреблением наркотиков в Российской Федерации (на 100 тыс. среднегодового населения). . . . . С. 28
2. Рисунок 2 – Распределение пациентов по полу в исследуемых группах. . . . . С. 57
3. Рисунок 3 – Наличие черепно-мозговых травм у пациентов основной группы. . . . . С. 59
4. Рисунок 4 – Наличие черепно-мозговых травм у пациентов контрольной группы. . . . . С. 60
5. Рисунок 5 – Наличие судимости у пациентов исследуемых групп. . . С. 60
6. Рисунок 6 – Выраженность уровня ситуативной тревоги в постабстинентном состоянии при различных типологических вариантах психоза. . . . . С. 83
7. Рисунок 7 – Выраженность уровня диссоциации в постабстинентном состоянии при различных типологических вариантах психоза. . . . . С. 85
8. Рисунок 8 – Регрессия между уровнем личностной тревожности и выраженностью диссоциативных проявлений у пациентов основной группы. . . . . С. 86
9. Рисунок 9 – Распределение пациентов основной и контрольной групп по уровню самооценки социальной адаптации в постабстинентном периоде. . . . . С. 88
10. Таблица 1 – Показатели общей госпитализации пациентов с психозами, связанными с употреблением наркотиков, в Российской Федерации среди подростков (на 100 тыс. подростков 15–17 лет). . . С. 28
11. Таблица 2 – Наследственность по алкоголизму, наркомании и психическим заболеваниям у пациентов исследуемых групп. . . . . С. 58
12. Таблица 3 – Характеристика занятости пациентов исследуемых

групп. ....	C. 59
13. Таблица 4 – Число пациентов, имеющих и не имеющих психопатологические нарушения в состоянии интоксикации, в зависимости от наличия/отсутствия психозов в анамнезе и результат сравнения методом бинарной логистической регрессии. .	C. 66
14. Таблица 5 – Инициальные мотивы употребления СК у пациентов основной и контрольной групп. ....	C. 79
15. Таблица 6 – Мотивы употребления СК у пациентов основной и контрольной групп на момент обследования. ....	C. 81
16. Таблица 7 – Сравнение степени выраженности эмоциональных расстройств у пациентов основной и контрольной групп (в абсолютных значениях). ....	C. 84
17. Таблица 8 – Выраженность уровня диссоциации у пациентов основной и контрольной групп (в абсолютных значениях) . ....	C. 85
18. Таблица 9 – Алекситимические расстройства в постабстинентном периоде. ....	C. 87
19. Таблица 10 – Показатели самооценки социальной адаптации у пациентов ОГ и КГ. ....	C. 89
20. Таблица 11 – Уровень самооценки социальной адаптации в зависимости от длительности лечения в контрольной группе. ....	C. 89
21. Таблица 12 – Влияние числа перенесенных психозов на эмоциональные расстройства и показатели уровня самооценки социальной адаптации у пациентов основной группы. ....	C. 91



**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

(справочное)

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

Уважаемый пациент!

Вам предлагается принять участие в клиническом исследовании «Клинико-динамические особенности психотических нарушений, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов».

Участие в исследовании добровольное, если Вы откажетесь, это не повлияет на качество оказания Вам медицинской помощи.

Исследование проводит врач-психиатр-нарколог Патрикеева Ольга Николаевна под руководством доктора медицинских наук Овчинникова Анатолия Александровича, доктора медицинских наук Нарова Михаила Юрьевича.

Целью исследования является описание клинической картины и сравнительных особенностей психотических нарушений, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов.

Данное исследование будет способствовать улучшению психиатрической помощи населению.

С Вами планируется проведение следующего обследования – опрос на наличие жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование, осмотр в динамике, анкетирование.

Вам гарантируется конфиденциальность сведений, полученных в результате вашего обследования.

Риск, связанный с исследованием отсутствует.

В случае необходимости, дополнительную информацию Вы сможете получить по телефону 231-09-98, Патрикеева Ольга Николаевна.

**ПРИЛОЖЕНИЕ Б**

(справочное)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

Я, \_\_\_\_\_  
прочитал (а) информацию о научном исследовании «Клинико-динамические особенности психотических нарушений, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов», предоставленную мне врачом – исследователем Патрикеевой Ольгой Николаевной.

Я получил информацию о целях, задачах и ходе клинического исследования (сведения о методах обследования, о пользе и степени риска при участии в клиническом исследовании, о своих правах и обязанностях в ходе исследования)..

Я имел возможность обсудить с врачом – исследователем все интересующие меня вопросы и удовлетворен полученными ответами.

У меня было достаточно времени, чтобы принять решение об участии в исследовании.

Я понимаю, что могу в любое время по моему желанию отказаться от дальнейшего участия в исследовании без ущерба моего медицинского обслуживания и внимания медицинского персонала.

Я добровольно, опираясь исключительно на собственное мнение, принимаю решение участвовать в программе научного исследования.

Я соглашаюсь, чтобы мои данные, полученные в ходе исследования, использовались в научных целях и были опубликованы с условием соблюдения правил конфиденциальности.

Я получил (а) экземпляр «Информации для пациента» и «Информированного согласия пациента».

---

Ф.И.О пациента( печатными буквами)

---

Подпись пациента

---

Дата и время

---

Патрикеева Ольга Николаевна

---

Ф.И.О врача – исследователя (печатными буквами)

**ПРИЛОЖЕНИЕ В**

(справочное)

**КАРТА ПАЦИЕНТА**

1. Дата госпитализации \_\_\_\_\_
2. ОГ / КГ \_\_\_\_\_
3. Ф.И.О. \_\_\_\_\_
4. № истории болезни \_\_\_\_\_
5. Пол  
а) муж б) жен
6. Дата рождения/ полных лет \_\_\_\_\_
7. Образование:  
а) неполное среднее б) среднее, средне-специальное, средне-техническое  
в) неоконченное высшее г) высшее
8. Работает  
а) да б) нет в) неофициальное трудоустройство
9. Семейное положение  
а) холост: - проживает один, - проживает в семье родителей или родственников  
б) гр. брак  
в) официальный брак  
Семейные отношения  
а) благополучные, доверительные б) нейтральные  
в) холодность, отчуждение г) конфликтные
10. Судимости  
а) да б) нет
11. Наследственная отягощенность  
- нет  
- алкоголизм  
- наркомании (токсикомании)  
- психические заболевания
12. Эпизоды употребления в анамнезе  
а) алкоголь б) гашиш, марихуана в) опиоиды г) психостимуляторы  
д) другое \_\_\_\_\_
13. ЧМТ  
а) да, однократно б) да, неоднократно в) нет
14. Возраст начала употребления синтетических каннабиноидов \_\_\_\_\_ лет
15. Средняя суточная дозировка \_\_\_\_\_
16. Толерантность \_\_\_\_\_ г/сут
17. Наличие в острой интоксикации преходящих нарушений восприятия  
а) да б) нет
18. Длительность употребления СК к моменту возникновения первого психоза  
\_\_\_\_\_

19. Данный психоз по счету \_\_\_\_\_
20. Длительность употребления СК на момент осмотра \_\_\_\_\_
21. Тип текущего психоза \_\_\_\_\_  
галлюцинации \_\_\_\_\_  
наличие и характер бреда \_\_\_\_\_
22. Развитие психоза на фоне  
а) обычной дозировки вещества  
б) на фоне повышенной дозировки или многократного употребления в течение суток
23. Длительность психоза \_\_\_\_\_
24. Результаты ХТИ мочи \_\_\_\_\_
25. Клинический диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Время формирования синдрома зависимости \_\_\_\_\_
27. Время формирования синдрома отмены \_\_\_\_\_
28. Шкалы (количество баллов):

Шкалы	Дата	Дата
Шкала Цунга		
Спилберга-Ханина		
TAS		
DES		
Инициальные мотивы употребления		
Мотивы употребления на момент обследования		
SASS		

29. Сведения о перенесенных психозах

Дата								
Типологический вариант психоза								

30. Прочее:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ Г**

(справочное)

**ШКАЛА ЦУНГА ДЛЯ САМООЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ**Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_Пол: м/ж \_\_\_\_\_  
Дата обследования \_\_\_\_\_

№ п/п	Симптомы и ощущения	Никогда или крайне редко	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
1	Я чувствую угнетенность, подавленность	1	2	3	4
2	Я лучше всего чувствую себя утром	4	3	2	1
3	Я много плачу	1	2	3	4
4	Я плохо сплю ночью	1	2	3	4
5	Я ем столько же, сколько и раньше	4	3	2	1
6	Я получаю удовольствие от того, что нахожусь среди привлекательных мужчин/женщин или общаюсь с ними	4	3	2	1
7	Я заметно теряю в весе	1	2	3	4
8	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9	Мое сердце бьется чаще, чем обычно	1	2	3	4
10	Я чувствую усталость без видимой причины	1	2	3	4
11	Я мыслю так же четко, как и раньше	4	3	2	1
12	Мне легко выполнять привычную работу	4	3	2	1
13	Я беспокоен и не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я полон светлых надежд на будущее	4	3	2	1
15	Я более раздражителен, чем раньше	1	2	3	4
16	Мне легко принимать решения	4	3	2	1
17	Я чувствую, что полезен и нужен людям	4	3	2	1
18	Я живу полной и интересной жизнью	4	3	2	1
19	Я считаю, что другим было бы лучше, если бы я умер	1	2	3	4
20	Я по-прежнему получаю удовольствие от того, что мне нравилось и раньше	4	3	2	1

Сумма баллов \_\_\_\_\_

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

(справочное)

### ШКАЛА СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ СПИЛБЕРГА-ХАНИНА

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_

Пол: м/ж \_\_\_\_\_  
Дата обследования \_\_\_\_\_

**Инструкция:** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

#### Шкала А

	Суждение	Нет.совсем не так	Пожалуй, так	Пожалуй, верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

## ШкалаБ

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

### Суждения

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
- 37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

### Обработка результатов.

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При

интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31 – 44 балла - умеренная; 45 и более высокая.

### КЛЮЧ

СТ	Ответы				ЛТ	Ответы			
№№	Никогда	Почти всегда	Почти никогда	Часто	№№	Никогда	Почти всегда	Почти никогда	Часто
	СТ				ЛТ				
1	4	1	3	2	21	4	3	2	1
2	4	1	3	2	22	1	2	3	4
3	1	4	2	3	23	1	2	3	4
4	1	4	2	3	24	1	2	3	4
5	4	1	3	2	25	1	2	3	4
6	1	4	2	3	26	4	3	2	1
7	1	4	2	3	27	4	3	2	1
8	4	1	3	2	28	1	2	3	4
9	1	4	2	3	29	1	2	3	4
10	4	1	3	2	30	4	3	2	1
11	4	1	3	2	31	1	2	3	4
12	1	4	2	3	32	1	2	3	4
13	1	4	2	3	33	1	2	3	4
14	1	4	2	3	34	1	2	3	4
15	4	1	3	2	35	1	2	3	4
16	4	1	3	2	36	4	3	2	1
17	1	4	2	3	37	1	2	3	4
18	1	4	2	3	38	1	2	3	4
19	4	1	3	2	39	4	3	2	1
20	4	1	3	2	40	1	2	3	4



## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

(справочное)

### ТОРОНТСКАЯ ШКАЛА АЛЕКСИТИМИИ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Пол: м/ж \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Инструкция. Ответьте, пожалуйста на предложенные вопросы. На вопросы следует отвечать поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

Вопросы:	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1 Когда я плачу, я всегда знаю, почему	5	4	3	2	1
2 Мечты – это потеря времени	1	2	3	4	5
3 Я хотел бы быть не таким застенчивым	1	2	3	4	5
4 Я часто затрудняюсь определить, какие чувства я испытываю	1	2	3	4	5
5 Я часто мечтаю о будущем	5	4	3	2	1
6 Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие	5	4	3	2	1
7 Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений	1	2	3	4	5
8 Мне трудно находить правильные слова для моих чувств	1	2	3	4	5
9 Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам	5	4	3	2	1
10 У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам	1	2	3	4	5
11 Мне недостаточно знать, что что-то привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит	5	4	3	2	1
12 Я способен с легкостью описать свои чувства	5	4	3	2	1
13 Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать	5	4	3	2	1
14 Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол	1	2	3	4	5
15 Я часто даю волю воображению	5	4	3	2	1
16 Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим	1	2	3	4	5
17 Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле	1	2	3	4	5
18 Я редко мечтаю	1	2	3	4	5
19 Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так	1	2	3	4	5
20 У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение	1	2	3	4	5
21 Очень важно уметь разбираться в эмоциях	5	4	3	2	1

22 Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям	1	2	3	4	5
23 Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства	1	2	3	4	5
24 Следует искать более глубокие объяснения происходящему	5	4	3	2	1
25 Я не знаю, что происходит у меня внутри	1	2	3	4	5
26 Я часто не знаю, почему я сержусь	1	2	3	4	5

## ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

(справочное)

### ШКАЛА ДИССОЦИАЦИИ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Пол: м/ж \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Инструкция. Вам предлагается серия вопросов о некоторых ситуациях и переживаниях из повседневной жизни. Нас интересует, как часто это происходило с вами. Помните, что ваши ответы должны относиться только к тем ситуациям и переживаниям, когда вы не находились под влиянием алкоголя или наркотиков. При ответе на вопрос определите, пожалуйста, в какой степени описанное в нем переживание (или ситуация) происходило лично с вами, и обведите кружком ту цифру, которая соответствует тому, как часто, в процентном отношении, вам доводилось испытывать данное переживание или попадать в такую ситуацию. Обведите кружком цифру, которая соответствует тому, как часто это происходит с вами (в процентном отношении). Если то, о чем сказано в этом предложении, с вами никогда не происходит, обведите кружком 0 %, если это происходит с вами всегда то - 100 %.

**Бывает так, что некоторые люди (с некоторыми людьми случается, что)...**

1) ... во время поездки на метро, автобусе, другом виде транспорта или на автомашине неожиданно осознают, что не помнят того, что с ними происходило в это время или в какую-то часть этого времени.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

2) ... слушая кого-то, вдруг осознают, что не слышали всего или части того, что было сказано.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

3) ... находясь в каком-то месте, не могут вспомнить, как они туда попали.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

4) ... обнаруживают себя одетыми в одежду, о которой не могут вспомнить, как и когда они ее надевали.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

5) ... находят среди своих вещей новую и не помнят, как и когда они ее покупали.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

6) ... иногда к ним обращаются незнакомые люди, называя их при этом другим именем и утверждая, что встречали их раньше.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

7)... испытывают такое чувство, как будто бы они стоят рядом с собой или наблюдают себя со стороны как другого человека.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

8) ... им говорят, что они иногда не узнают друзей или членов своей семьи.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

9) ... забывают некоторые важные события своей жизни, (например, свадьбу или окончание учебного заведения).

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

10)... их обвиняли во лжи, а им казалось, что они говорили правду.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

11)... глядя в зеркало, они не узнают себя.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

12)... испытывают чувство нереальности окружающих их людей и предметов, а может быть, и всего окружающего их мира.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

13) ... испытывают ощущение, что их тело им не принадлежит.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

14) ... иногда переживают какое-то событие (или ситуацию) из своего прошлого так, как будто оно опять происходит с ними в настоящее время.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

15) ... они испытывают чувство сомнения в том, действительно ли происходили какие-то события в их жизни или эти события только пригрезались им.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

16)... находясь в знакомом и привычном для них месте, вдруг ощущают, что они здесь впервые и это место им незнакомо.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

17) ... их настолько поглощает содержание кинофильма или телепередачи, что они уже не замечают ничего, что происходит вокруг них.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

18)... фантазия или мечта кажется им реальностью.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

19)... иногда они не замечают физической боли.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

20)... иногда они сидят, уставившись в пространство, ни о чем при этом не думая и не замечая времени.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

21)... находясь в одиночестве, иногда замечают, что громко разговаривают сами с собой.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

22)... ведут себя в двух похожих ситуациях настолько по-разному, что у них возникает ощущение будто они — два разных человека.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

23) ... иногда им вдруг становится легко действовать в тех ситуациях (например, общение, работа, спорт и т. д.), которые обычно вызывают у них затруднения.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

24) ... иногда они вдруг не могут вспомнить, действительно ли они сделали что-то или только подумали о том, что это нужно сделать (например, не помнят, действительно ли они только что опустили письмо в почтовый ящик или только подумали об этом).

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

25) ... вдруг обнаруживают, что они совершили какой-то поступок, и не помнят, как это случилось.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

26) ... иногда находят собственные записи, заметки или рисунки, о которых не помнят, чтобы они их делали.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

27) ... иногда слышат посторонние голоса внутри своей головы, которые говорят им, что делать, и комментируют их поступки.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

28)... иногда ощущают, что они смотрят на мир как бы сквозь туман или дымку, так что предметы и люди кажутся им далекими или неясными.

0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

## ПРИЛОЖЕНИЕ И

(справочное)

### ШКАЛА САМООЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ (SASS)

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

<b>1. Вы работаете?</b>		<b>11. Насколько важны для Вас отношения с другими?</b>	
Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Очень важны <input type="checkbox"/> 3	
<b>2а. Насколько Вам интересна Ваша работа?</b>		В некоторой степени <input type="checkbox"/> 2	
<b>2б. Насколько Вам интересна Ваша деятельность, связанная с работой на дому?</b>		Небольшое значение <input type="checkbox"/> 1	
Очень <input type="checkbox"/> 3 Умеренно <input type="checkbox"/> 2		Никакого значения <input type="checkbox"/> 0	
Мало <input type="checkbox"/> 1 Всего нет <input type="checkbox"/> 0		<b>12. Как часто люди Вашего социального окружения ищут общения с Вами?</b>	
<b>3. Вы занимаетесь своей работой/деятельностью:</b>		Очень часто <input type="checkbox"/> 3	
С огромным удовольствием <input type="checkbox"/> 3		Часто <input type="checkbox"/> 2	
С некоторым удовольствием <input type="checkbox"/> 2		Редко <input type="checkbox"/> 1	
С небольшим удовольствием <input type="checkbox"/> 1		Никогда <input type="checkbox"/> 0	
Безо всякого удовольствия <input type="checkbox"/> 0		<b>13. Соблюдаете ли Вы общественные правила, хорошие манеры, правила вежливости?</b>	
<b>4. Вы получаете удовлетворение от своих увлечений/проведения свободного времени?</b>		Всегда <input type="checkbox"/> 3	
Очень <input type="checkbox"/> 3		Почти всегда <input type="checkbox"/> 2	
Умеренно <input type="checkbox"/> 2		Редко <input type="checkbox"/> 1	
Мало <input type="checkbox"/> 1		Никогда <input type="checkbox"/> 0	
Безо всякого удовольствия <input type="checkbox"/> 0		<b>14. Насколько Вы вовлечены в общественную жизнь (например, общественные организации, союзы, клубы, церкви и др.)?</b>	
<b>5. Вы проводите свое свободное время:</b>		Полностью <input type="checkbox"/> 3	
Очень хорошо <input type="checkbox"/> 3		Умеренно <input type="checkbox"/> 2	
Хорошо <input type="checkbox"/> 2		Немного <input type="checkbox"/> 1	
Удовлетворительно <input type="checkbox"/> 1		Совсем нет <input type="checkbox"/> 0	
Плохо <input type="checkbox"/> 0		<b>15. Вам нравится искать информацию о различных вещах, ситуациях, людях, чтобы лучше их понимать?</b>	
<b>6. Как часто Вы ищете общения с членами своей семьи (например, супругом(ой), детьми, родителями)?</b>		Очень <input type="checkbox"/> 3	
Очень часто <input type="checkbox"/> 3		Не очень <input type="checkbox"/> 2	
Часто <input type="checkbox"/> 2		Умеренно <input type="checkbox"/> 1	
Редко <input type="checkbox"/> 1		Совсем нет <input type="checkbox"/> 0	
Никогда <input type="checkbox"/> 0		<b>16. Вас интересует научная, техническая или культурная информация?</b>	
<b>7. Отношения в Вашей семье:</b>		Очень <input type="checkbox"/> 3	
Очень хорошие <input type="checkbox"/> 3		Умеренно <input type="checkbox"/> 2	
Хорошие <input type="checkbox"/> 2		Немного <input type="checkbox"/> 1	
Удовлетворительные <input type="checkbox"/> 1		Совсем нет <input type="checkbox"/> 0	
Плохие <input type="checkbox"/> 0		<b>17. Как часто Вы испытываете затруднения в выражении своего мнения?</b>	
<b>8. Вне семьи Вы поддерживаете отношения:</b>		Никогда <input type="checkbox"/> 3	
Со многими людьми <input type="checkbox"/> 3		Часто <input type="checkbox"/> 2	
С некоторым количеством людей <input type="checkbox"/> 2		Иногда <input type="checkbox"/> 1	
С небольшим количеством людей <input type="checkbox"/> 1		Всегда <input type="checkbox"/> 0	
Ни с кем <input type="checkbox"/> 0		<b>18. Как часто Вы чувствуете себя отвергнутым или исключенным из своего круга?</b>	
<b>9. Вы стараетесь завязать отношения с другими людьми:</b>		Никогда <input type="checkbox"/> 3	
Очень активно <input type="checkbox"/> 3		Часто <input type="checkbox"/> 2	
Активно <input type="checkbox"/> 2		Иногда <input type="checkbox"/> 1	
Умеренно <input type="checkbox"/> 1		Всегда <input type="checkbox"/> 0	
Плохо <input type="checkbox"/> 0		<b>19. Насколько важной Вы считаете Вашу физическую привлекательность?</b>	
<b>10. Как в целом Вы оцениваете свои отношения с другими людьми?</b>		Очень <input type="checkbox"/> 3	
Очень хорошие <input type="checkbox"/> 3		Не очень <input type="checkbox"/> 2	
Хорошие <input type="checkbox"/> 2		Умеренно <input type="checkbox"/> 1	
Удовлетворительные <input type="checkbox"/> 1		Совсем не важна <input type="checkbox"/> 0	
Плохие <input type="checkbox"/> 0		<b>20. Бывает ли Вам трудно распоряжаться своими доходами и средствами?</b>	
<b>21. Чувствуете ли Вы себя способным организовать свое окружение согласно Вашим желаниям и потребностям?</b>		Никогда <input type="checkbox"/> 3	
В основном да <input type="checkbox"/> 3		Часто <input type="checkbox"/> 2	
Умеренно <input type="checkbox"/> 2		Иногда <input type="checkbox"/> 1	
Совсем нет <input type="checkbox"/> 1		Всегда <input type="checkbox"/> 0	
Совсем нет <input type="checkbox"/> 0		<b>21. Чувствуете ли Вы себя способным организовать свое окружение согласно Вашим желаниям и потребностям?</b>	
В основном да <input type="checkbox"/> 3		Не всегда <input type="checkbox"/> 2	
Умеренно <input type="checkbox"/> 2		Совсем нет <input type="checkbox"/> 1	
Совсем нет <input type="checkbox"/> 1		Совсем нет <input type="checkbox"/> 0	
Совсем нет <input type="checkbox"/> 0			