

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-2-6-16>

УДК 616.895.87; 616.015.6; 663.99; 616-071

Психические расстройства, ассоциированные со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами (спайсами)

Бохан Н.А.^{1,2}, Селиванов Г.Ю.^{1,3,4}, Сальников А.А.⁵, Блонский К.А.⁶

¹НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, Томск, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация

³СибФНКЦ ФМБА России, Северск, Российская Федерация

⁴ОГАУЗ «ТКПБ», Томск, Российская Федерация

⁵ГБУ ЯНАО «Ноябрьский ПНД», Ноябрьск, Российская Федерация

⁶БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская ПНБ», Нижневартовск, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: злоупотребление синтетическими каннабиноидами может инициировать развитие психических расстройств, обусловить изменение клинической картины и привести к постановке неверного диагноза. **Цель работы:** обоснование феномена злоупотребления синтетическими каннабиноидами (спайсами) как триггера психотического эпизода у психически больных (с шизофренией и расстройствами личности) и фактора риска развития параноидной шизофрении. **Пациенты и методы исследования:** обследован 291 мужчина: 241 с зависимостью от синтетических каннабиноидов — 101 из них с диагнозом расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, 140 с диагнозом параноидная шизофрения и 50 с диагнозом параноидная шизофрения без зависимости от наркотиков. **Методы исследования:** клиничко-психопатологический, психометрический (SANS, CGI, MMPI), катamnестический, статистический (R 3.2.4). **Результаты:** интоксикационные состояния, вызванные синтетическими каннабиноидами, могут провоцировать развитие психотических эпизодов и являться триггером манифестации шизофрении. Выделено четыре варианта наркотического опьянения: делириозоподобный, шизофреноподобный, с псевдогаллюцинациями, с бредом. Сходство склада личности больных, зависимых от синтетических каннабиноидов, определяется преобладанием черт эмоциональной неустойчивости, ригидности, интровертированности, склонности к девиантному поведению. Больные с расстройствами личности, зависимые от синтетических каннабиноидов, отличались от типичных зависимых от наркотиков такими паттернами поведения, как неорганизованность, конфликтность, непредсказуемость, спонтанность, необдуманность поступков, импульсивность, неконформность. Стигматизирующими признаками шизофренического процесса у больных, зависимых от синтетических каннабиноидов, были симптомы абулии–апатии слабой степени выраженности. Больные шизофренией, зависимые от синтетических каннабиноидов, отличались от больных без зависимости от наркотиков отсутствием эмоционального дефекта, что находило отражение в экспрессивности эмоций и стремлении к коммуникации. **Выводы:** феномен злоупотребления синтетическими каннабиноидами становится триггером психотического эпизода как у больных шизофренией, так и у лиц с расстройствами личности, среди которых преобладают антисоциальные, шизоидные и параноидные черты характера. Злоупотребление синтетическими каннабиноидами оказывается фактором риска развития параноидной шизофрении, отличающейся от шизофрении без зависимости от наркотиков слабой степенью выраженности стигматизирующих симптомов абулии–апатии и социальной активностью в периоды краткосрочных ремиссий.

Ключевые слова: шизофрения; расстройства личности; коморбидность; злоупотребление; синтетические каннабиноиды.

Для цитирования: Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Сальников А.А., Блонский К.А. Психические расстройства, ассоциированные со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами (спайсами). *Психиатрия*. 2021;19(2):6–16. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-2-6-16>

Конфликт интересов отсутствует

Mental Disorders Associated with the Abuse of Synthetic Cannabinoids (Spices)

Bokhan N.A.^{1,2}, Selivanov G.Yu.^{1,3,4}, Salnikov A.A.⁵, Blonsky K.A.⁶

¹Mental Health Research Institute, Tomsk NRMС, Tomsk, Russian Federation

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

³SibFSCC FMBA, Seversk, Russian Federation

⁴RSАHI "TCIPH" Tomsk, Russian Federation

⁵SBI YNAO "November PND", Noyabrsk, Russian Federation

⁶BO KMAO-Yugra "Nizhnevartovsk PNHI", Nizhnevartovsk, Russian Federation

RESEARCH

Abstract

Introduction: the abuse of synthetic cannabinoids may trigger the development of mental disorders characterized by distortions of disease processes that can cause incorrect diagnosis. **Objective:** to study the phenomenon of the abuse of synthetic cannabinoids (Spice) as a trigger psychotic episode in psychiatric patients (with schizophrenia and personality disorders) and risk factors for developing paranoid schizophrenia. Patients and research methods: 291 men were examined: 241 with dependence on

synthetic cannabinoids — 101 of them were diagnosed with personality and behavior disorders in adulthood, 140 with a diagnosis of paranoid schizophrenia and 50 with a diagnosis of paranoid schizophrenia without drug dependence. Research methods: clinical-psychopathological, psychometric (SANS, CGI, MMPI), follow-up, statistical R (R version 3.2.4). **Results:** intoxication conditions caused by synthetic cannabinoids can provoke the development of psychotic episodes and be a trigger for the manifestation of schizophrenia. There are four variants of narcotic intoxication: delirious, schizophrenic, with pseudo-hallucinations, with delirium. The personalities of patients addicted to synthetic cannabinoids are similar in the prevalence of emotionally unstable, rigid, introverted, deviant traits. Patients with personality disorders, dependent on synthetic cannabinoids, differed from typical drug addicts in such patterns of behavior as disorganization, conflict, unpredictability, spontaneity, thoughtlessness of actions, impulsivity, and nonconformity. The stigmatizing signs of the schizophrenic process in patients who are dependent on synthetic cannabinoids are the symptoms of abulia–apathy of mild severity. Patients with schizophrenia, dependent on synthetic cannabinoids, differed from patients without dependence on drugs by the phenomenon of the absence of an emotional defect expressed in the expressiveness of emotions, the desire for communication. **Conclusion:** the phenomenon of synthetic cannabinoid abuse is a trigger of a psychotic episode in both schizophrenic patients and those with personality disorders in whom antisocial, schizoid and paranoid personality traits prevail. The abuse of synthetic cannabinoids is a risk factor for the development of paranoid schizophrenia, which differs from schizophrenia without drug dependence by a mild degree of stigmatizing symptoms of abulia–apathy and social activity during periods of short-term remissions.

Keywords: schizophrenia; personality disorders; comorbidity; abuse; synthetic cannabinoids.

For citation: Bokhan N.A., Selivanov G.Yu., Salnikov A.A., Blonsky K.A. Mental Disorders Associated with the Abuse of Synthetic Cannabinoids (Spices). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(2):6–16. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-2-6-16>
There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

В современном постиндустриальном обществе наблюдается рост психических расстройств, ассоциированных с злоупотреблением новыми психоактивными веществами (ПАВ), в частности синтетическими каннабиноидами (СК, или спайсами), выявляемый психиатрами и наркологами России и Европы с 2008 г. Данная проблема привлекает внимание психиатров и наркологов России с 2009 г. в связи с увеличением лиц, злоупотребляющих СК [1, 2].

Курительные смеси на основе СК долгое время были легальны и позиционировались как безвредные [3], несмотря на то что пристрастие к марихуане может стать триггером отдельного психотического эпизода или начала параноидной шизофрении (ПШ), возможно, даже в более короткие сроки употребления СК, чем при формировании наркотической зависимости.

Ряд современных исследователей отмечает, что каннабиноиды стали одними из лидирующих наркотиков по распространенности, частоте употребления и установленным фактам формирования болезненного пристрастия, что было отмечено и в докладе по наркотикам за 2019 г. Организацией Объединенных Наций [4, 5].

Второй стороной проблемы является то, что наблюдается рост числа больных шизофренией, злоупотребляющих СК. На сегодняшний день профилактике и реабилитации больных шизофренией, злоупотребляющих СК, не уделяется должного внимания, что связано отчасти с внедрением в практику стандартов лечения [6–8]. После купирования патологической психопатологической симптоматики лечением дефицитарной симптоматики пренебрегают из-за ограниченного времени пребывания пациентов в стационаре [9–12], а нередко наблюдаемые побочные эффекты нейролептиков [13] вновь провоцируют больного на употребление наркотиков. Негативные симптомы оказывают существенное влияние на трудоустройство пациентов, спектр

их потребностей, а также на частоту госпитализаций и социализацию [14].

Ранее некоторые исследователи подчеркивали тот факт, что группирование пациентов с однородными психическими расстройствами (больных шизофренией, злоупотребляющих ПАВ) оказывает значительное влияние на адаптацию пациентов, а смена зависимого поведения на приемлемую в обществе аддикцию снижает частоту госпитализаций. Как адаптировать больных к условиям жизни вне стационара? Данная проблема обусловлена незначительным количеством данных об особенностях дефицитарных расстройств больных шизофренией, употребляющих спайсы, и их адаптационных возможностей. Другим аспектом проблемы эндогенной психопатологии является несовпадение негативной симптоматики с классической картиной, что обуславливает постановку ошибочных диагнозов [8, 15, 16].

Анализ различных научных специализированных источников позволяет сделать вывод, что психические заболевания, ассоциированные с зависимостью от СК, малоизучены, так как по данной проблеме недостаточно информации, к тому же имеющей противоречивый характер [17, 18].

Цель исследования: обоснование феномена злоупотребления синтетическими каннабиноидами (спайсами) как триггера психотического эпизода у психически больных и фактора риска развития параноидной шизофрении.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено в 2013–2020 гг. на базе Сибирского федерального научно-клинического центра федерального медико-биологического агентства (Сверск), Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук (Томск), Томской клинической психиатрической

больницы (Томск), ОГАУЗ «Станции скорой медицинской помощи» (Томск), Ноябрьского психоневрологического диспансера (Ноябрьск), Нижневартонской психоневрологической больницы (Нижневартонск).

Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБНУ НИИ психического здоровья, ТНИМЦ РАН (протоколы: № 114 от 22 октября 2018 г., № 133 от 19 июня 2020 г. № 133/4.2020), соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Обследован 291 мужчина, 101 из них (средний возраст $27,7 \pm 7,5$ года) вошел в группу больных с расстройствами личности, зависимых от синтетических каннабиноидов (F60.xx–F62.xx + F12.2xx). По семейному положению в выборке преобладали холостые — 59 чел., второе место занимали состоящие в браке — 35 чел., последнее место занимали разведенные — 7 чел., вдовцов не было. В зависимости от уровня образования выборка разделилась следующим образом: преобладающее положение заняли пациенты со средним образованием — 48 чел., далее следовали больные со средним специальным образованием — 38 чел. и неоконченным высшим образованием — 8 чел.; менее всего было пациентов с высшим образованием — 7 чел. Анализ профессиональной занятости выявил следующее распределение: неработающие — 40 чел., лица с временными/сезонными заработками — 36 чел., имеющие постоянное место работы — 25 чел. У включенных в выборку больных с расстройствами личности, зависимых от синтетических каннабиноидов, диагностированы преимущественно смешанные расстройства личности (F61.xx). При отнесении больных к определенной диагностической категории личностных расстройств (F60.xx–F62.xx), учитывая частоту их встречаемости, обнаружены следующие показатели: 1) эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3x) — 43 чел. (42,57%); 2) шизоидное расстройство личности (F60.1x) — 18 чел. (17,82%); 3) диссоциальное расстройство личности (F60.2x) — 11 чел. (10,89%). В остальных случаях оказалось невозможным отнести к той или иной «суженной» диагностической категории, состояние 29 чел. (28,72%) квалифицировано как смешанное расстройство личности (F61.xx).

В группу больных параноидной шизофренией, зависимых от синтетических каннабиноидов (F20.0xx + F12.2xx), вошли 140 человек (средний возраст $30,1 \pm 0,53$ года). В 45 случаях заболевание манифестировало после употребления СК. По семейному положению в основной группе больных шизофренией преобладали холостые — 97 чел., далее следовали состоящие в браке — 23 чел. и разведенные — 20 чел. В зависимости от уровня образования первое по частоте место занимали лица со средним образованием — 61 чел., с меньшей частотой были лица со средним специальным образованием — 54 чел., неоконченным высшим — 18 чел. и высшим образованием — 7 чел. Вторую (II) группу инвалидности имели

118 больных, III группу — 22 больных. По профессиональной занятости большую часть группы составляли неработающие — 91 чел., далее следовали имеющие временные/сезонные заработки — 37 чел., реже всего наблюдались больные, имеющие постоянное место работы, — 12 чел.

В группу сравнения вошли 50 мужчин (средний возраст $29,5 \pm 0,49$ года) с диагнозом параноидной шизофрении (F20.0xx), но без зависимости от ПАВ. По семейному положению среди них преобладали холостые — 28 чел., далее следовали состоящие в браке 17 чел. и разведенные 5 чел. В зависимости от уровня образования отмечено преобладание лиц со средним специальным (25 чел.) и общим средним образованием (16 чел.) над пациентами с неоконченным высшим (9 чел.) образованием. Вторую (II) группу инвалидности имели 45 больных, III группу — 5 больных. По профессиональной занятости большую часть группы составляли неработающие — 40 человек, 10 больных имели временные/сезонные заработки. В исследовании отсутствует группа сравнения из больных с расстройствами личности, но без симптомов зависимости от наркотиков (F60.xx–F62.xx). Это объясняется значительным полиморфизмом личностных расстройств и невозможностью объединить их в какую-либо единую категорию, информативную в отношении всех показателей, анализируемых в исследовании (табл. 1).

В связи с отсутствием в группах больных шизофренией статистически значимых отличий социально-демографических показателей ($p > 0,05$) можно выделить ряд отличительных признаков больных шизофренией, зависимых от синтетических каннабиноидов, от больных без зависимости: возраст не старше 30 лет, одинокий образ жизни или отсутствие официально заключенного брака, образование не выше среднего специального, большая частота трудовой занятости (на неквалифицированной работе) и наличие III группы инвалидности, что в совокупности определяет социально-трудовую полезность в незначительные периоды ремиссий (1,5 мес.).

Исследование проводилось с использованием следующих методов: клинко-психопатологического, психометрического — Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) с последующей его интерпретацией посредством стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л.Н., 2009). Для оценки расстройств к больным шизофренией применялись шкала оценки негативных симптомов, Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) (Andreasen N.C., 1982; Мосолов С.Н., 2001), клиническая шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impressions Scale, CGI; Busner J., Targum S.D., 2007). Отдано предпочтение применению шкалы оценки негативных симптомов (SANS), а не шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS; Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987; Мосолов С.Н., 2001) для оценки состояния больных шизофренией в связи

Таблица 1. Социально-демографические показатели больных, зависимых от синтетических каннабиноидов
Table 1. Socio-demographic indicators of patients dependent on synthetic cannabinoids

Заболевания/Diseases	Расстройство личности/ Personality disorder with misuse, F60.xx–F62.xx + F12.2xx (n = 101)	Шизофрения/ Schizophrenia with misuse, F20.0xx + F12.2xx (n = 140)	Шизофрения/ Schizophrenia without misuse, F20.0xx (n = 50)
Показатели/Indicators			
Возраст/Years old (M ± m)	27,7 ± 7,5	30,1 ± 0,53	29,5 ± 0,49
Семейное положение/Family status, %			
Холостые/Unmarried	58,41	69,28	56
Состоящие в браке/Married	34,64	16,45	34
Разведенные/Divorced	6,95	14,27	10
Уровень образования/Education level, %			
Среднее образование/School education	47,51	43,55	32
Среднее специальное образование/ Secondary specialized education	37,61	38,57	50
Незаконченное высшее образование/ Incomplete higher education	7,91	12,89	18
Высшее образование/Higher education	6,97	4,9	0
Профессиональная занятость/Professional employment, %			
Неработающие/Non-working	39,58	65,1	80
Временные (сезонные) заработки/ Temporary (seasonal) jobs	35,61	26,68	20
Постоянное место работы/Permanent place of work	24,80	8,31	0
Группа инвалидности/Disability group, %			
I группа/I group	0	0	0
II группа/II group	0	84,25	97,5
III группа/III group	0	15,75	2,5

с более выраженной дискриминирующей способностью SANS в отношении негативной симптоматики, детально выявляющей примерно в четыре раза больше негативных симптомов, чем PANSS. Одной из причин нашего выбора было нахождение пациентов, страдающих шизофренией, в неполной медикаментозной ремиссии «В» (Серейский М.Я., 1939) с отсутствием/слабой выраженностью остаточных симптомов.

Методами систематизации данных являлись организация в базу и обработка с помощью программы R (version 3.2.4) с применением описательной статистики, корреляционного анализа (Spearman Rank Order). Оценка нормальности распределения результатов проводилась с использованием критерия Колмогорова–Смирнова ($p \leq 0,05$). Значимость различий между выборками оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента при уровне статистической значимости $p < 0,05$. Данные представлены в виде среднего арифметического (M) и ошибки среднего арифметического (m).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По итогам исследования все респонденты основной группы (n = 241) были разделены на диагностические категории с уточнением соответствующей диагностической категории (F12), определяющей последствия сочетания злоупотребления ПАВ с психическим

заболеванием. Первую группу составил 101 больной с расстройствами личности (F60.xx–F62.xx). Диагностика расстройств, связанных со злоупотреблением спайсами, включала такие состояния, как: 1) острая интоксикация с делирием (F12.03) — 34 чел.; 2) синдром отмены с делирием (F12.4x) — 31 чел.; 3) психотическое состояние галлюцинаторное (F12.52) — 27 чел.; 4) резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флешбэк» (F12.70) — 9 чел. Во вторую группу вошли 140 больных параноидной шизофренией (F20.0xx). Состояния, обусловленные употреблением спайсов, следующие: 1) острая интоксикация с делирием (F12.03) — 30 чел.; 2) острая интоксикация неосложненная (F12.00) — 26 чел.; 3) психотическое состояние бредовое (F12.51) — 25 чел.; 4) психотическое состояние галлюцинаторное (F12.52) — 23 чел.; 5) синдром отмены неосложненный, депрессивно-астенический вариант (F12.30) — 19 чел.; 6) синдром отмены с делирием (F12.4x) — 17 чел. (табл. 2).

Выявлены отличительные особенности каждой обнаруженной в ходе исследования диагностической категории психических расстройств, обусловленных употреблением спайсов.

Острая интоксикация неосложненная (F12.00) развивается через 5–10 минут после употребления наркотика, характеризуется лабильностью частоты сердечных сокращений, гиперемией склер, «стеклянным»

Таблица 2. Соотношение состояний, вызванных использованием синтетическими каннабиоидами
Table 2. Ratio of conditions caused by synthetic cannabinoid use/misuse

Код в МКБ-10 наркологическое/ ICD-10 code of drug addiction disease	Заболевание психическое/ Mental illness		Расстройство личности/Personality disorder with misuse, F60.xx–F62.xx + F12.2xx (n = 101)		Шизофрения/Schizophrenia with misuse, F20.0xx + F12.2xx (n = 140)	
	Абсолютные показатели/ Absolute indicators		%		Абсолютные показатели/ Absolute indicators	
F12.00	–		–		26	
F12.03	34		33,67		30	
F12.30	–		–		19	
F12.4x	31		30,69		17	
F12.51	–		–		25	
F12.52	27		26,73		23	
F12.70	9		8,91		–	

взглядом. Ощущением прилива тепла к конечностям, перемежающегося с холодом, субъективным чувством расслабления мышц, легкости, плавности в движениях, эмоциональным подъемом вплоть до эйфории. Восприятие времени у больных варьируется от ускоренного до замедленного. Наблюдались нарушения координации — атаксия, трудности в направленности действий. Пациенты были рассеянны и невнимательны. В мышлении преобладал ускоренный темп, ментизмы, соскальзывания. Субъективное ощущение сухости во рту, повышение аппетита, жажды. Состояние самостоятельно разрешалось в течение 0,5–1 ч после употребления наркотика.

Острая интоксикация с делирием (F12.03) возникала через 5–10 мин после употребления наркотика, характеризовалась дереализацией, восприятием предметов и окружения в искаженной форме, угрожающими оптическими галлюцинациями, формирующими бессистемные болезненные представления по типу преследования. Наблюдался феномен двойной ориентировки. Пациенты были рассеянны и невнимательны. В мышлении преобладал ускоренный темп, ментизм, соскальзывания. Психотическое состояние купировалось при применении антипсихотической терапии, как правило, через полтора часа.

Синдром отмены неосложненный (депрессивно-астенический) (F12.30) проявлялся через три с половиной дня после прекращения приема СК. Фасадом выступали соматические симптомы синдрома отмены [3, 16], которые инициировали нарушения сна (включая дневные диссомнии), наблюдалось уменьшение двигательной активности, субъективное ощущение слабости, вялости; замедленность мышления, снижение настроения, болезненные идеи (отношения, ущербности). Состояние купировалось через неделю на фоне антипсихотической и детоксикационной терапии.

Синдром отмены с делирием (F12.4) возникал через три с половиной дня после прекращения приема СК. На первый план выступали соматические симптомы синдрома отмены [3, 16], которые инициировали различные расстройства сна (включающие дневные

диссомнии). Далее отмечалось усиление протопатической и эпикритической тревоги с рассеянностью и отвлекаемостью, реализующееся в делириозное помрачение сознания (возникающее независимо от времени суток в отличие от алкогольного). Наблюдался феномен аллопсихической дезориентировки. Помрачение сознания включало в себя зрительные и слуховые галлюцинации с расстройствами мышления (тахипсихизм, ментизм, нередко соскальзывание, крайне редко доходящие до элементов шизофазии) в совокупности с бессистемными идеями преследования. Пиком состояния было развитие психотического двигательного возбуждения. Состояние купировалось после недели антипсихотической и детоксикационной терапии.

Резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флешбэк» (F12.70) сохранялись после спонтанного прекращения употребления наркотика (через полтора месяца). Состояния характеризовались псевдогаллюцинациями, бессистемными болезненными представлениями с фабулой преследования участниками наркооборота. В мышлении преобладали формальные нарушения, такие как разрозненность суждений, бесплодное мудрствование, паралолии, менее выраженными были ментизм и соскальзывания. Выявлялись частичные нарушения ориентации в календарной дате и времени. Острые проявления психотического состояния купировались при проведении медикаментозной терапии в среднем через полтора часа, однако тотальная редукция симптомов происходила в течение трех с половиной суток.

Психотическое состояние бредовое (F12.51), как правило, развивалось через три с половиной дня воздержания от употребления СК (без синдрома отмены) или на фоне непрерывного употребления до четырех дней. В любое время суток были первичны нарушения ночного и дневного сна, далее наблюдалось усиление ситуативной тревоги. В последующем возникали бессистемные идеи преследования участниками наркоторговли или неконкретного ощущения слежки, сопровождающиеся замедленностью мышления. Состояние купировалось на фоне антипсихотической терапии

Таблица 3. Показатели MMPI у исследуемых групп больных**Table 3.** Indicators of MMPI in the studied groups of patients

Шкалы MMPI/ MMPI scales	Группы исследования (диагнозы по МКБ-10)/Study groups (diagnoses according to ICD-10)		
	F60.xx–F62.xx + F12.2xx (n = 101)	F20.0xx + F12.2xx (n = 140)	F20.0xx (n = 50)
	Показатели MMPI (Т-баллы), M ± m/MMPI indicators (T-scores), M ± m		
1. Hs	58,04 ± 3,34	62,15 ± 1,41	52,03 ± 0,33
2. D	61,43 ± 4,42	65,44 ± 1,48	70,43 ± 2,01
3. Hy	54,12 ± 2,13	55,21 ± 1,11	50,49 ± 0,42
4. Pd	76,52 ± 2,98	69,92 ± 0,99	58,96 ± 3,33
5. Mf	49,89 ± 2,31	59,13 ± 1,49	48,87 ± 1,69
6. Pa	73,95 ± 4,32	65,27 ± 0,95	58,12 ± 0,93
7. Pt	56,79 ± 6,25	63,27 ± 0,79	59,78 ± 1,96
8. Sc	78,15 ± 3,79	74,49 ± 2,13	51,38 ± 0,89
9. Ma	57,58 ± 3,73	68,87 ± 2,01	69,96 ± 4,31
10. Si	56,97 ± 2,95	56,15 ± 0,74	55,11 ± 0,98

через двое с половиной суток, однако полная редукция симптомов происходила в течение последующих трех суток.

Психотическое состояние галлюцинаторное (F12.52), как правило, возникало через три с половиной дня воздержания от употребления СК (без синдрома отмены) или на фоне непрерывного употребления до четырех дней. В любое время суток были первичны нарушения ночного и дневного сна, далее наблюдался рост ситуативной тревоги. В последующем возникали аудиальные галлюцинации с бессистемными идеями преследования, слезки, отношения, сопровождающиеся замедленностью мышления. Состояния купировались после аналогичных назначений в течение трех с половиной суток.

Параноидная шизофрения, ассоциированная с зависимостью от СК (F20.0xx, F12.2xx). В дебюте психическое состояние определялось синдромом Кандинского–Клерамбо, включающим в себя оптические и аудиальные истинные и псевдоделириоформные галлюцинации аллоагрессивного характера, сопровождаемые расстройствами мышления уровня парафрении, в 37 случаях с симптомом Райкина–Фреголи (вариант симптома положительного двойника — убежденность больного, что его мнимый преследователь постоянно меняет свою внешность до неузнаваемости, предстает в самых разных обликах) как одного из элементов синдрома Капгра (синдрома ложного узнавания), исключающего симптом отрицательного двойника. Вышеописанная симптоматика была проявлением экзогенного и эндогенного психопатологических процессов. Течение заболевания носило непрерывно-прогредиентный характер, ремиссии были краткосрочными (1,5 месяца), что опосредованно связано с употреблением СК.

Пациентов первой группы (F60.xx–F62.xx, F12.2xx) можно охарактеризовать как имеющих расстройство личности смешанного типа с преобладанием асоциальных, гипертимных, экспансивно-иррациональных черт

с эмоционально-лабильными включениями. Их поведение можно описать как неорганизованное, непредсказуемое, спонтанное, необдуманное, импульсивное, неконформистское. Формирование социальных взаимодействий катализировалось болезненными суждениями, парадоксальной интерпретацией действий окружения. Нарушение адаптации в обществе обусловлено дружелюбием, перемежающимся с конфликтностью; нетерпимостью к дисциплине; легко формирующимися идеями отношения; неспособностью различать нормативное и асоциальное поведение (табл. 3).

Пациентов второй группы (F20.0xx, F12.2xx) можно квалифицировать как личностей сложного склада, экспансивно-индивидуалистических, преимущественно неустойчивых с гипоманиакальными и ригидными включениями. Личности данной категории испытывают всеобъемлющее чувство дискомфорта, обусловленное субъективным внутренним напряжением, трудностями в формировании и удержании стойких социальных связей, активностью в принятии решений и последующем действии, побуждаемом болезненными представлениями с явлениями конфликтности наряду с дружелюбностью, утратой контакта с реальностью, обуславливающее идеи сверхценного и бредового характера (см. табл. 3).

Обследование по шкале CGI-severity выявило более тяжелое психическое состояние в период психотической экзacerbации у больных шизофренией, зависимых от СК, в отличие от больных, не имеющих пристрастия к ПАВ, что обусловлено единовременным течением двух болезненных процессов. В период становления ремиссии, напротив, у больных шизофренией, зависимых от СК, наблюдалось улучшение состояния в отличие от больных шизофренией без зависимости от ПАВ (табл. 4).

Ремиссии параноидной шизофрении отличались сочетанием картины двух заболеваний: абстинентного синдрома, вызванного СК, протекающего, как правило,

Таблица 4. Показатели шкалы общего клинического впечатления тяжести состояния (CGI-severity) у больных шизофренией, злоупотребляющих СК и не употребляющих СК**Table 4.** CGI-S indices in schizophrenic patients with misuse vs without use of spices

Шкала CGI/CGI scale	Контрольная группа/ Control group, F20.0xx psch (n = 50), M ± m	Основная группа/Main group, F20.0xx + F12.2xx psch + sc (n = 140), M ± m
Подшкала CGI-S (тяжесть состояния)/CGI-S subscale (severity of condition)	5,11 ± 0,25	6,57 ± 0,38
Подшкала CGI-I (улучшение состояния)/CGI-I subscale (improvement)	3,21 ± 0,45	1,45 ± 0,23

по депрессивно-астеническому и другим вариантам (дисфорическому с и без расстройств сна, паранойальному, галлюцинаторно-параноидному, полиморфному), описанным нами ранее [16], и нетипичной негативной патологической симптоматикой.

Рассмотрим проявления негативных симптомов у больных параноидной шизофренией, зависимых от спайсов. Психопатологическая продуктивная симптоматика проявлялась у них в виде следового «шлейфа» или транзиторных расстройств мышления, иногда слабо персистирующих. В ремиссии прослеживалась тенденция к формированию бессистемных, легко корригируемых сверхценных идей, но оказывался возможным рост социального и трудового функционирования.

Далее приводятся и обсуждаются результаты изучения отличительных особенностей отдельных проявлений негативных синдромов в сравниваемых группах обследованных и анализируются возможные причины полученных статистически значимых различий.

Больные шизофренией, зависимые от СК, отличались от пациентов с шизофренией без зависимости от ПАВ живостью и экспрессивностью двигательных и мимических реакций, фактическим отсутствием или слабой выраженностью аффективного уплощения. У больных шизофренией из группы сравнения наблюдался феномен аффективного уплощения и эскапизма, выражающегося в кататоническом симптоме «капюшона» — стремлении покрыть голову тканью или одеждой. Глубину и насыщенность их переживаний можно было оценить только по зрительному контакту по причине парадоксального реагирования на стимул. Данные различия связаны с группированием больных, зависимых от различных ПАВ [15]. Это касалось речевой продуктивности, коммуникативной потребности, обусловленной опосредованно ускоренностью спонтанных ассоциаций.

Больные были ориентированы на расширение круга общения с верующими или приобщившимися к вере, ранее употреблявшими наркотики или имеющими болезненное пристрастие к ним и по сей день, потребителями легальных психостимулирующих веществ (все эти группы отличались пассивностью досуга). Больные имели потребность в совершении коитуса, мастурбации, которые, по их субъективным ощущениям, снижают уровень тревоги.

Клиническим признаком, дающим возможность заподозрить наличие шизофренического процесса и объединяющим больных шизофренией, зависимых

от СК и больных шизофренией, не страдающих зависимостью от ПАВ, является симптом абулии–апатии слабой степени выраженности. Эти расстройства характеризуются в большей степени такими проявлениями (учитывая иерархию степени выраженности), как анергия, недостаточная настойчивость в труде и учебе, неряшливость в одежде. Поведенческие мотивы этих пациентов направлены в сторону аддиктивных, религиозных, мистифицирующих влечений. Зачастую наблюдается индуцирование близкого окружения и вовлечение в болезненные представления. Условно социально приемлемыми фабулами считаются представление о собственной религиозной миссии, всеобъемлющая помощь и опека незнакомцев, вербовка в теологические и другие группы, мистицизм, парадоксальная увлеченность чаем и кофе, курением, особенно электронных сигарет или устройств, генерирующих пар с никотином. Другой стороной в поведении оказывается асоциальная направленность — поисковый наркотизм, формирование групп злоупотребляющих ПАВ, совершение противоправных действий. При оценке негативной симптоматики отмечается ее меньшая выраженность у больных шизофренией, зависимых от спайсов, чем в группе сравнения, т.е. у больных шизофренией без злоупотребления ПАВ (табл. 5, рис. 1, 2).

В лечении негативной (дефицитарной) симптоматики пациентов позитивно (с увеличением ремиссии до 6 месяцев по сравнению с 1,5 месяца) сказался метод параллельного ведения больных на антипсихотической терапии и объединение больных в группы с социально приемлемым аддиктивным/зависимым досугом (любители чая, религиозные группы, анонимные наркоманы/алкоголики, курители электронных сигарет).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интоксикационные состояния, вызванные СК, могут провоцировать развитие психотических эпизодов и являться триггером манифестации шизофрении. Выделено четыре варианта наркотического опьянения: делириозноподобный, шизофреноподобный, с псевдогаллюцинациями, с бредом. Личностный склад больных, зависимых от СК, обнаруживает сходство вследствие преобладания антисоциальных, шизоидных и параноидных черт. Зависимые от синтетических каннабиноидов больные с расстройствами личности отличались от типичных зависимых от ПАВ лиц такими паттернами поведения, как неорганизованность,

Таблица 5. Показатели шкалы негативных симптомов (SANS) у больных шизофренией, не употребляющих спайсы и злоупотребляющих этими веществами

Table 5. SANS indices in schizophrenic patients without vs with use/misuse of spices

№ п/п	Показатель шкалы SANS/SANS scale index	Контрольная группа/Control group, F20.0xx psch (n = 50), M ± m	Основная группа/Main group, F20.0xx + F12.2xx psch + sc (n = 140), M ± m
1	Застывшее выражение лица/Unchanged facial expression	4,12 ± 2,19	1,53 ± 1,57
2	Снижение спонтанных движений/Decreased spontaneous movements	3,01 ± 2,12	0,19 ± 1,69
3	Бедность экспрессивных жестов/Paucity of expressive gestures	4,13 ± 2,21	0,31 ± 1,15
4	Бедность зрительного контакта/Poor eye contact	1,98 ± 0,97	0,31 ± 1,01
5	Эмоциональная (аффективная) безответность/Affective non-responsibility	2,96 ± 2,21	0,33 ± 1,02
6	Неадекватный аффект/Inappropriate affect	1,96 ± 0,99	2,96 ± 0,89
7	Недостаточность речевых интонаций/Lack of vocal inflection	1,87 ± 2,01	0,18 ± 2,02
8	Глобальная оценка аффективного уплощения/Global assessment of affective flattening (Blunting)	2,96 ± 2,05	2,12 ± 0,95
9	Бедность речи/Poverty of speech	4,21 ± 0,87	2,23 ± 1,19
10	Бедность содержания речевой продукции/Poverty of content	2,99 ± 1,19	2,03 ± 1,29
11	Остановки (блокировка, обрывы мыслей)/Blocking	3,12 ± 0,98	0,21 ± 0,99
12	Задержка ответов/Increasedlatency	4,01 ± 0,97	1,98 ± 0,93
13	Глобальная оценка алогии/Global alogia score	4,05 ± 1,71	2,11 ± 1,82
14	Неопрятность в одежде/Grooming (hygiene)	4,01 ± 0,11	1,99 ± 0,12
15	Недостаток настойчивости в труде и учебе/Persistence at work	3,09 ± 0,32	2,96 ± 0,22
16	Физическая анергия/Physical anergia	2,98 ± 0,39	4,01 ± 0,21
17	Глобальная оценка абулии–апатии/Global assessment of avolition	3,11 ± 0,23	2,99 ± 0,19
18	Снижение интересов и активности/Recreational interests and activity	3,98 ± 0,87	1,26 ± 0,71
19	Сексуальные интересы и активность/Sexual activities	2,94 ± 0,21	0,39 ± 0,71
20	Способность к интимным чувствам и близости/Ability to feel intimacy and closeness	4,08 ± 0,99	0,41 ± 1,01
21	Отношения с друзьями и коллегами/Relationship	3,98 ± 2,05	1,25 ± 0,35
22	Глобальная оценка ангедонии–асоциальности/Global assessment of anhedonia	4,21 ± 0,98	2,09 ± 2,08
23	Нарушения внимания при социальной активности/Social in activeness	3,12 ± 0,24	0,08 ± 0,07
24	Нарушения внимания при тестировании/Inactive during MSE	2,11 ± 0,19	0,11 ± 0,09
25	Глобальная оценка нарушений внимания/Global assessment of attention	1,99 ± 0,51	0,21 ± 0,14

конфликтность, непредсказуемость, спонтанность, необдуманность поступков, импульсивность, нонконформизм. Все эти особенности влекли за собой потенциальную дезадаптацию в обществе и социальную

опасность. Стигматизирующими признаками эндогенного психического расстройства у больных шизофренией, систематически употребляющих наркотики, являются симптомы абулии–апатии слабой степени

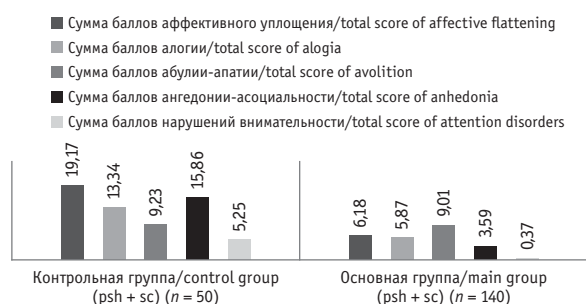


Рис. 1. Сравнение суммы баллов основных показателей SANS у больных шизофренией

Fig. 1. Compare SANS total score of basic parameters in patients with schizophrenia

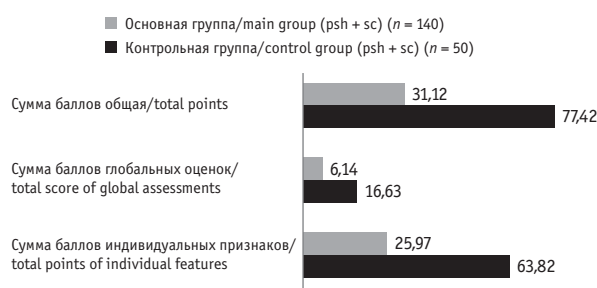


Рис. 2. Сравнение суммы баллов общих показателей SANS у больных шизофренией

Fig. 2. Comparison of the sum of the total SANS scores in schizophrenic patients

выраженности и кататонический симптом «капюшона». К другим отличительным признакам больных шизофренией, зависимых от СК, в сравнении со страдающими шизофренией, но без зависимости от наркотиков, относятся парадоксальность и экспрессивность эмоций, относительно сохранная зрительная и речевая контактность, стремление к выстраиванию межличностных отношений, удовлетворению желаний, тревога ожидания. В лечении экзогенных психозов, обусловленных приемом СК, зарекомендовала себя антипсихотическая терапия. Для уменьшения выраженности негативной симптоматики целесообразна пролонгированная терапия антипсихотиками и включение больных в группы с социально приемлемым аддиктивным поведением.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Бохан НА, Кривулина ОЕ, Кривулин ЕН. Клинико-динамические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014;1(82):36–39.
Bokhan NA, Krivulina OE, Krivulin EN. Clinical-dynamic traits of synthetic cannabinoid dependence in adolescents. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014;1(82):36–39. (In Russ.).
2. Van der Veer N, Friday J. Persistent psychosis following the use of Spice. *Schizophr. Res.* 2011;130(1–3):285–286. doi: 10.1016/j.schres.2011.04.022. Epub 2011 May 24. PMID: 21602030.
3. Винникова МА, Шахова СМ. Клинические проявления и общие подходы к терапии при синдроме зависимости от синтетических каннабиноидов («Спайс»). *Наркология*. 2016;4(172):34–44.
Vinnikova MA, Shakhova SM. Clinical manifestations and general approaches to therapy in the syndrome of dependence on synthetic cannabinoids (“Spice”). *Narcology*. 2016;4(172):34–44. (In Russ.).
4. Головкин АИ, Иванов МБ, Бонитенко ЕЮ, Баринов ВА, Башарин ВА. Краткий обзор синтетических каннабиноидов, появившихся в незаконном обороте в 2014–2015 гг. *Наркология*. 2016;2(168):59–73.
Golovko AI, Ivanov MB, Bonitenko EYu, Barinov VA, Basharin VA. A brief overview of synthetic cannabinoids that appeared in trafficking in 2014–2015. *Narcology*. 2016;2(168):59–73. (In Russ.).
5. Mustonen A, Niemelä S, Nordström T, Murray GK, Mäki P, Jääskeläinen E, Miettinen J. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. *Br. J. Psychiatry*. 2018;212(4):227–233. doi: 10.1192/bjp.2017.52. PMID: 29557758
6. Freeman TP, van der Pol P, Kuijpers W, Wisselink J, Das RK, Rigter S, van Laar M, Griffiths P, Swift W, Niesink R, Lynskey MT. Changes in cannabis potency and first-time admissions to drug treatment: a 16-year study in the Netherlands. *Psychol Med.* 2018;48:2346–2352. doi: 10.1017/S0033291717003877
7. Fridell M, Bäckström M, Hesse M, Krantz P, Perrin S, Nyhlén A. Prediction of psychiatric comorbidity on premature death in a cohort of patients with substance use disorders: a 42-year follow-up. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):150. doi: 10.1186/s12888-019-2098-3. PMID: 31092225; PMCID: PMC6518448
8. Климова ИЮ, Овчинников АА. Негативное влияние каннабиноидов на течение параноидной шизофрении. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2019;2:79–84. doi: 10.31549/2542-1174-2019-2-79-84
Klimova IYu, Ovchinnikov AA. Negative effect of cannabinoids on the course of paranoid schizophrenia. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2019;2:79–84. (In Russ.). doi: 10.31549/2542-1174-2019-2-79-84
9. Forti MD, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, Rodriguez V, Jongsma HE, Ferraro L, Cascia CL, Barbera DL, Tarricone I, Berardi D, Szoke A, Arango C, Tortelli A, Velthorst E, Bernardo M, Del-Ben CM, Menezes PR, Seltén J-P, Jones PB, Kirkbride JB, Rutten BPF, Haan L, Sham PC, Os JV, Lewis CM, Lynskey M, Morgan C, Murray RM, and the EU-GEI WP2 Group. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicenter case control study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(5):427–436. doi: 10.1016/S2215-0366 (19)30048-3
10. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szoke A., Seltén JP, Turner C, Arango C, Tarricone I, Berardi D, Tortelli A, Llorca PM, de Haan L, Bobes J, Bernardo M, Sanjuán J, Santos JL, Arrojo M, Del-Ben CM, Menezes PR., Velthorst E, Murray RM, Rutten BP, Jones PB, van Os J, Morgan C, Kirkbride JB. European et work of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(1):36–46. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.3554
11. Murray RM, Quigley H, Quattrone D, Englund A, Di Forti M. Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis. *World Psychiatry*. 2016;15(3):195–204. doi: 10.1002/wps.20341. PMID: 27717258; PMCID: PMC5032490
12. Curran HV, Hindocha C, Morgan CJ, Shaban N, Das RK, Freeman TP. Which biological and self-report measures of cannabis use predict cannabis dependency and acute psychotic-like effects? *Psychol. Med.* 2019;49(9):1574–1580. doi: 10.1017/S003329171800226X
13. Ivanova SA, Filipenko ML, Vyalova NM, Voronina EN, Pozhidaev IV, Osmanova DZ, Ivanov MV, Fedorenko OYu, Semke AV, Bokhan NA. CYP1A2 and CYP2D6 Gene Polymorphisms in Schizophrenic Patients with Neuroleptic Drug-Induced Side Effects. *Bull. Exp. Biol. Med.* 2016;160(5):687–690. doi: 10.1007/s10517-016-3250-4

14. Корнетова ЕГ, Микилев ФФ, Семке АВ, Лебедева ВФ, Павлова ОА, Мальцева ЮЛ, Каткова МН, Горбачевич ЛА. Пути совершенствования реабилитационной тактики при шизофрении с риском развития негативного симптомокомплекса. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016;3(92):9–13. Kornetova EG, Mikilev FF, Semke AV, Lebedeva VF, Pavlova OA, Mal'tseva YuL, Katkova MN, Gorbachevich LA. The ways to improve rehabilitation approach in schizophrenia with predominance of negative disturbances. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016;3(92):9–13. (In Russ.).
15. Бохан НА, Селиванов ГЮ, Блонский КА, Лаврова УА. Особенности социально-психологической адаптации пациентов с параноидной формой шизофрении, страдающих зависимостью от синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018;2(99):93–98. doi: 10.26617/1810-3111-2018-2 (99)-93-98 Bokhan NA, Selivanov GYu, Blonsky KA, Lavrova UA. Features of socio-psychological adaptation of patients with paranoid form of schizophrenia complicated by synthetic cannabinoids (spice) dependence. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018;2(99):93–98. (In Russ.). doi: 10.26617/1810-3111-2018-2 (99)-93-98
16. Бохан НА, Селиванов ГЮ, Мандель АИ, Лаврова УА, Блонский КА, Сальников АА. Клиническая типология абстинентного синдрома при зависимости от синтетических каннабиноидов (спайсов) у больных параноидной шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019;1(102):62–70. doi: 10.26617/1810-3111-2019-1 (102)-62-70 Bokhan NA, Selivanov GYu, Mandel AI, Lavrova UA, Blonsky KA, Salnikov AA. Clinical typology of withdrawal syndrome in dependence on synthetic cannabinoids (spice) in patients with paranoid schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019;1(102):62–70. (In Russ.). doi: 10.26617/1810-3111-2019-1 (102)-62-70
17. Forti MD, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayler-Anderson C, Quigley H, Rodriguez V, Jongsma HE, Ferraro L, Cascia CL, Barbera DL, Tarricone I, Berardi D, Szoke A, Arango C, Tortelli A, Velthorst E, Bernardo M, Del-Ben CM, Menezes PR, Seltén J-P, Jones PB, Kirkbride JB, Rutten BPF, Haan L, Sham PC, Os JV, Lewis CM, Lynskey M, Morgan C, Murray RM, and the EU-GEI WP2 Group. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicenter case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(5):427–436. doi: 10.1016/S2215-0366 (19)30048-3
18. Backstrom M, Hesse M, Krantz P, Perrin S, Nyhlen A. Prediction of psychiatric comorbidity on premature death in a cohort of patients with substance use disorders: a 42-year follow-up. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):150. doi: 10.1186/s12888-019-2098-3

Сведения об авторах

Бохан Николай Александрович, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения аддитивных состояний, директор, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ РАН, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

E-mail: bna909@gmail.com

Селиванов Георгий Юрьевич, психиатр, нарколог, ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, Северск; ОГАУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»; ОГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи»; НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ РАН, Томск, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-8555-3987>

E-mail: gergy89selivanov@gmail.com

Сальников Алексей Александрович, психиатр, нарколог, ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьский психоневрологический диспансер», Ноябрьск, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-7097-7779>

E-mail: salnikovspb@gmail.com

Блонский Кирилл Андреевич, психиатр, нарколог, БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская психоневрологическая больница», Нижневартовск, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-7777-5918>

E-mail: darkknight.90@yandex.ru

Information about the authors

Nikolay A. Bokhan, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Academician of RAS, Prof., Head of Addictive States Department, Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; Head of the Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

E-mail: bn909@gmail.com

Georgy Yu. Selivanov, MD, Psychiatrist, Narcologist, Siberian Federal Scientific Clinical Center of Federal Medico-Biological Agency, Seversk; Tomsk Clinical Psychiatric Hospital, Regional State Autonomous Health Care Institution "Emergency Medical Care Stations"; Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-8555-3987>

E-mail: gergy89selivanov@gmail.com

Alexey A. Salnikov, MD, Psychiatrist, Narcologist of the State Budgetary Institution of Health of the Yamal-Nenets Autonomous Okrug "Noyabrsk Psychoneurological Clinic", Noyabrsk, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-7097-7779>

E-mail: salnikovspb@gmail.com

Kirill A. Blonsky, MD, Psychiatrist, Narcologist of the Budgetary Organization Khanty-Ugra "Nizhnevartovsk Psychoneurological Hospital", Nizhnevartovsk, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-7777-5918>

E-mail: darkknight.90@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Селиванов Георгий Юрьевич/Georgy Yu. Selivanov

E-mail: gergy89selivanov@gmail.com

Дата поступления 20.12.2020
Received 20.12.2020

Дата рецензии 24.02.2021
Revised 24.02.2021

Дата принятия 16.03.2021
Accepted for publication 16.03.2021