

## Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы

**МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.** д.м.н., профессор, кафедра медицинской и общей психологии;  
Казанский государственный медицинский университет; e-mail: mend@tbit.ru  
420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

*Лекция посвящена анализу проблемы психотических расстройств в результате употребления наркотиков. Описываются особенности психопатологии опьянения, острых и отставленных психозов, оцениваются диагностические и дифференциально-диагностические сложности, специфика «шизофренизации» психозов при употреблении «новых наркотиков».*

**Ключевые слова:** психозы, употребление наркотиков, новые наркотики, шизофрения

**В** последние годы проблема диагностики и дифференциальной диагностики психотических расстройств, возникающих у лиц, употребляющих наркотики, вышла за рамки наркологии. Несмотря на то, что официальная статистика по психозам в связи с употреблением наркотиков (в отличие от связанных с алкоголизацией) не ведётся, клиницисты всё чаще регистрируют такую патологию. Нередко в психиатрической практике оказываются пациенты, не являющиеся наркозависимыми, но экспериментирующие с наркотиками, у которых выявляется abortивная или развёрнутая шизофреноформная симптоматика. Чаще острая, реже пролонгированная. При этом отмечается тенденция сокрытия пациентами фактов употребления наркотиков, что затрудняет квалификацию наблюдаемых психотических расстройств и приводит к ошибочным выводам. В связи с этим в рамках данной лекции остановимся на анализе «новой психиатрически-наркологической реальности».

Начнём с клинического примера.

*Больной И., 24 года. Работает режиссёром на телевидении. Женат, ребёнок 3 лет.*

*С июня 2013 г. помимо основной деятельности активно начал создавать благотворительный проект. Заручился поддержкой известных деятелей культуры. При этом испытывал азарт, воодушевление от возможного воплощения своего проекта, от которого «многим людям станет легче жить». Стал активным и склонным к постоянному анализу возможностей реализации собственного проекта. Мало спал. Родители не расценивали такое поведение сына как болезненное и всячески его поддерживали. На фоне повышенной мыслительной активности «для улучшения аналитических способностей» впервые в жизни употребил гашиш. Испытал вначале эйфорию, «лёгкость», затем состояние резко изменилось и появились раздражение и гнев. Вследствие*

*этого неожиданно возникло желание «разрядиться» — шёл по улице и ударял стоявшие автомобили. На замечания не реагировал. Затем вступил в перепалку с владельцами автомобилей и случайными прохожими. Полицейскими был доставлен в приёмное отделение психиатрической больницы в связи с «неадекватностью поведения». В стационаре (по данным психиатров) отмечались идеи преувеличения собственных способностей, гипоманиакальное состояние, резонёрство. Раздражался лишь в случаях, когда его требования выписки не находили понимания у врачей. Лечился в течение месяца с использованием атипичных нейролептиков и нормотимиков. Состояние постепенно стабилизировалось. Однако критика к своему состоянию отсутствовала, продолжал думать о реализации собственного проекта. По настоянию родителей был выписан из стационара. Рекомендованные лекарственные препараты перестал принимать непосредственно после выписки.*

*Через неделю вновь употребил гашиш. Состояние характеризовалось дезорганизованностью поведения, излишней активностью, бессонницей, идеями величия. Считал, что может угадывать мысли окружающих, утверждал, что его знакомые навели на него порчу и хотят помешать реализации его планов. Состояние носило ундулирующий характер. Вновь был помещен в психиатрическую больницу, где лечился в течение трех недель с диагнозом «острый шизофреноподобный психоз». Терапия проводилась по той же схеме, что и при первом поступлении. При выписке была сделана инъекция пролонга-антипсихотика.*

*После выписки из Москвы вернулся домой к родителям. С их слов, состояние практически сразу стало неадекватным — стал возбуждённым, не мог усидеть на месте, ходил из угла в угол. По настоянию родителей был помещен в закрытый реабилитационный центр для наркозависимых, поскольку родители были*

убеждены, что их сын продолжает употреблять наркотики. Не смог адаптироваться к условиям содержания, чувствовал, что его «считают сумасшедшим». Помимо этого испытывал страх, тревогу, неуверенность, бессонницу. В связи с ухудшением состояния был доставлен на приём к психиатру в сопровождении сотрудников реабилитационного центра и родителей.

На приёме был возбуждён, не мог усидеть на месте, постоянно вскакивал, ходил по кабинету, переминялся с ноги на ногу, тревожен, раздражен, просил помочь ему избавиться от беспокойства и скованности, а также выписаться из реабилитационного центра. Многозначительно всматривался в глаза собеседника. Внимание неустойчивое. Мышление непоследовательное, разорванное. Признаков обманов восприятия и дезориентировки в месте, времени, собственной личности не обнаруживалось. Отмечались признаки нейролептического синдрома.

По направлению психиатра в третий раз за три месяца был помещен в психиатрическую больницу. За время (три недели) лечения состояние стабилизировалось. При этапном осмотре продолжал быть фиксированным на идеях создания благотворительного холдинга, рассказывал о своих планах эмоционально, никакие иные темы в беседе не поднимал. Внимание концентрировалось достаточно. Настроение было устойчивым, несколько приподнятым. Считал себя здоровым и адекватным. Тяготился нахождением в психиатрической больнице. Был убеждён, что его состояние было связано с употреблением наркотиков (хотя настаивал на том, что перед последним поступлением ПАВ не принимал). Обещал впредь никогда не употреблять наркотики. Мышление несколько ускоренное без разрывов и резонанса. Галлюцинаций не обнаруживалось. Некритичен к прошлым высказываниям о том, что мог знать мысли окружающих. Однако не исключал, что него могли «навести порчу» с корыстными целями.

Клинический случай больного И. ставит перед диагностом следующие вопросы: может ли выявленный шизофреноформный синдром быть причинно связанным с употреблением наркотиков (каннабиноидов) или же наркотические вещества лишь спровоцировали шизофрению (именно диагноз и был выставлен пациенту)? Может ли психоз, связанный с употреблением наркотиков, носить фазный характер и на определённом этапе проявляться вне приёма психоактивных веществ (ПАВ)? Не скрывал ли И. информацию о том, какие именно наркотики он употреблял? Постараемся найти ответы на эти вопросы после анализа научных данных.

Следует согласиться с тем, что, столкнувшись с новой реальностью, с появлением «новых (дизай-

нерских) наркотиков», современная наркология и психиатрия до настоящего времени не накопили достаточно убедительных знаний о том, какими именно психическими (психотическими) эффектами могут обладать. Наркологи прекрасно осведомлены о клинических особенностях опьянения различными традиционными ПАВ, знают о нейропсихических последствиях их употребления и злоупотребления ПАВ, а также об аддиктивном потенциале (склонности к формированию зависимости) в сравнительном аспекте. Но все эти знания, закреплённые в МКБ-10 [4] и других диагностических классификациях, касаются лишь наркотических веществ «старого поколения», известных сотни лет, употребление которых хоть и остаётся на высоком уровне все же начинает уступать экспериментированию молодежи с дизайнерскими наркотиками.

В связи с этим, остаются малоизученными такие аспекты, как распространённость острых и хронических психозов, истинная коморбидность употребления и злоупотребления ПАВ, причины шизофреноформности психозов при употреблении наркотиков, роль некоторых наркотиков в этиопатогенезе шизофрении, саногенные и терапевтические эффекты некоторых наркотиков (кетамин, каннабис, стимуляторы). Останемся на последнем «парадоксе» особо.

Современные исследования показывают, что часть психоактивных веществ, отнесённых к кругу запрещённых, может являться эффективной в терапии психических расстройств и заболеваний — депрессии, психозов, шизофрении, синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Так, целый пласт работ посвящён изучению эффективности кетамина в лечении депрессивных расстройств [8, 24], метилфенидана в терапии СДВГ и некоторых неврологических заболеваний [7, 22]. Экзотично для отечественных врачей могут звучать названия исследований об «оздоравливающих эффектах марихуаны» [20], терапевтическом потенциале марихуаны в лечении шизофрении и иных психозов [15, 25]. И всё же сегодня такие исследования уже не являются единичными и не эпатируют мировое научное сообщество. Поиск новых подходов к терапии резистентных психопатологических феноменов входит в разряд приоритетных.

Как уже указывалось выше, у ученых отсутствуют достоверные данные о распространённости психозов при употреблении пациентами ПАВ (особенно в России). Имеются лишь статистические показатели распространённости алкогольных, но не «интоксикационных» психозов. Вероятнее всего, это связано с тем, что, во-первых, такие пациенты не состоят на учёте в наркологических учреждениях, поскольку не имеют признаков зависимости от ПАВ, во-вторых, потому, что в России психиатрическая и наркологическая

служба разъединены и имеют разную статистику, в-третьих, потому что больные с психозами (особенно с шизофреноформными) не доставляются врачами скорой помощи в наркологические больницы и диспансеры, а оказываются у психиатров. Вследствие этого, крайне важно иметь данные об истинной распространённости психотических расстройств, возникающих после употребления ПАВ. И такие данные сегодня начинают появляться.

Исследование А. Paparelli, М. Di Forti, P.D. Morrison с соавторами [21] зафиксировало существенный рост числа научных публикаций о психозах при употреблении наркотиков в ведущих психиатрических и наркологических журналах. Оказалось, что за 40 лет число статей на тему психозов при употреблении каннабиноидов выросло в 7 раз, амфетаминов — в 3 раза, кетамина — также почти в 3 раза. Особенно отчётливой оказалась данная тенденция за последнее двадцатилетие. Можно предполагать, что рост количества публикаций коррелирует с частотой самого изучаемого явления и, следовательно, проблема психотических расстройств при употреблении наркотиков становится всё более актуальной.

Кроме того, современная психиатрическая реальность продолжает характеризоваться ростом общего числа потребителей наркотиков и распространённости психопатологических расстройств, связанных с ними. Можно утверждать, что в психиатрии обнаружилось и «новые диагностические проблемы», связанные не только с появлением «новых наркотиков», обладающих повышенным психотическим потенциалом, но и с повышенной частотой встречаемости шизофреноформных клинических картин наркологических расстройств, а также с дезавуированием классического для психиатрии и наркологии понятия *интоксикационный психоз*. Многие специалисты сегодня убеждены, что нет никаких научных оснований обозначать последствия употребления многих ПАВ как интоксикацию [3] и оценивать психические расстройства при них как исключительно экзогенно-органические. Ведь под интоксикацией традиционно принято понимать воздействие на организм токсинов, к которым относят высокомолекулярные соединения (белки, полипептиды и др.), при попадании которых в организм происходит выработка антител. Наркотику же являются низкомолекулярными соединениями. Одним из наиболее важных свойств токсинов признаётся их высокая физиологическая активность. В связи с этим возникает вопрос о том, правомерно ли относить к токсинам наркотические вещества, и можно ли обозначать состояние, возникающее при их употреблении, термином *интоксикация*?

Ряд авторов утверждает, что в процессе диагностики «интоксикационных психозов» нередко встреча-

ются диагностические ошибки при квалификации клинических феноменов. Самая распространённая — гиподиагностика шизофрении.

Это происходит не только по субъективным, но и по объективным причинам, к которым можно отнести процесс диссимуляции или искажения пациентом и его родственниками «объективного наркологического анамнеза». Диагностическим барьером становится также отсутствие у психиатров способов лабораторной верификации состояний наркотического опьянения. Кроме того, необлигатность связи между синдромом зависимости и психотическими расстройствами (исключая алкогольные психозы) также затрудняет диагностический процесс. Сегодня уже не секрет, что часто психозы могут возникать не только у наркозависимых, но и у лиц, эпизодически или даже однократно употребляющих ПАВ. Ещё одним современным диагностическим барьером становится «размывание диагностических критериев шизофрении». Разработчики МКБ-11 поставили под сомнение диагностическую значимость симптомов первого ранга К. Шнайдера, признававшуюся базисной для классической психиатрии. Парадоксально, но факт — в современной психиатрии встал вопрос о возврате к вне-нозологическому понятию — *единый психоз*.

Как уже отмечалось, новым вызовом для психиатрии в последние годы стало широкое появление так называемых новых наркотиков, судя по всему обладающих повышенным психотическим потенциалом (рис. 2 и 3).

Как следует из ежегодного отчёта Европейского мониторингового центра по наркотикам и наркотической зависимости (EMCDDA), с 2005 г. отмечается тенденция существенного роста появления на наркосцене синтетических каннабиноидов (рост в 23 раза), катинонов (рост в 11 раз) и фенетиламинов (рост в 1,5 раза). Кроме того, не обнаруживается тенденции снижения частоты употребления «традиционных (старых) наркотиков»: амфетаминов, каннабиноидов, кокаина (рис. 4—6).

Таким образом, представленные статистические данные свидетельствуют о сохраняющейся тенденции

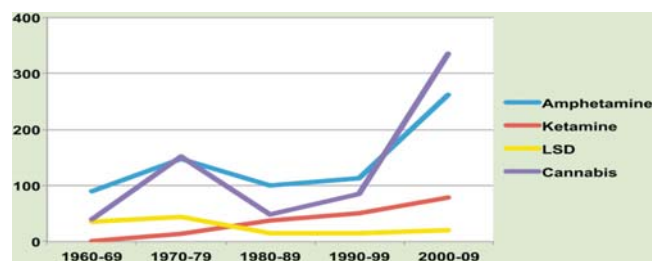


Рис. 1. Число публикаций (по данным Pub Med) о психозах при употреблении наркотиков (А. Paparelli, М. Di Forti, P.D. Morrison, R.M. Murray, 2011) [21].

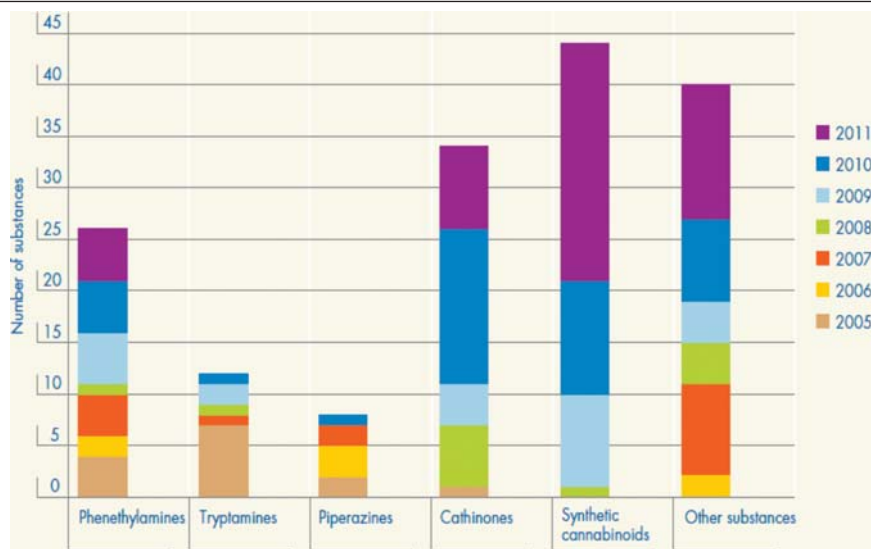


Рис. 2. Число «новых наркотиков» на наркосцене в Европейском Союзе (EMCDDA, 2013) [13].

высокой распространённости употребления различных наркотических веществ (как «старых», так и «новых») лицами молодого и зрелого возраста.

Значимым для понимания процессов возникновения психотических расстройств при употреблении ПАВ является проблема психической коморбидности. То есть важно понять, возникают ли такие психозы по экзогенному механизму без влияния психического преморбиды, или же для них принципиально наличие «психопатологического диатеза»? Известно, что более 50% лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами (не считая алкоголя), имеют какое-либо сопутствующее психическое нарушение [28]. Из них: 26% аффективное расстройство — депрессию или

манию (в 4,7 раза чаще, чем не злоупотребляющие), 28% тревожное расстройство (в 2,5 раза чаще), 17,8% антисоциальное расстройство личности (в 13,4 раза чаще), 6,8% шизофрению (в 6,2 раза чаще). По данным J.A. Niemi-Pynttari, R. Sund, H. Putkonen и др. [19], психотические расстройства, вызванные употреблением наркотиков, являются предикторами шизофренического спектра нарушений. Восемилетний совокупный риск получить диагноз шизофрении составляет 46% у лиц, перенесших психоз вследствие злоупотребления каннабиса, и 30% перенесших амфетаминовый психоз. Сходные данные были получены А.Е. Личко и В.С. Битенским [2]. Авторы утверждали, что гашиш и марихуана являются провокаторами шизофрении, и шизофреноподобные психозы возникают только у лиц с эндогенной предрасположенностью. Если учесть, что в общей популяции распространённость шизофрении не превышает 1%, то, очевидно, что 15% заболевших психозами при хронической интоксикации гашишем свидетельствует о высокой активности препаратов конопли в качестве провокаторов психозов с шизофреноподобной картиной. Это подтверждают результаты многих современных исследований [1, 11, 16, 17, 23].

UNODC и INCB [14, 27] обращает внимание на повышенный суицидальный риск среди лиц, употребляющих наркотики. В качестве сравнения выбраны суицидальная активность в условиях психотравм, трудных жизненных ситуаций и некоторые психических расстройств. Оказалось, что, если в случаях развода супругов суициды встречаются в 11 раз выше, чем в популяции, при глубокой депрессии в 41 раз выше, при употреблении алкоголя в 8 раз выше, то при употреблении кокаина в 62 раза выше.

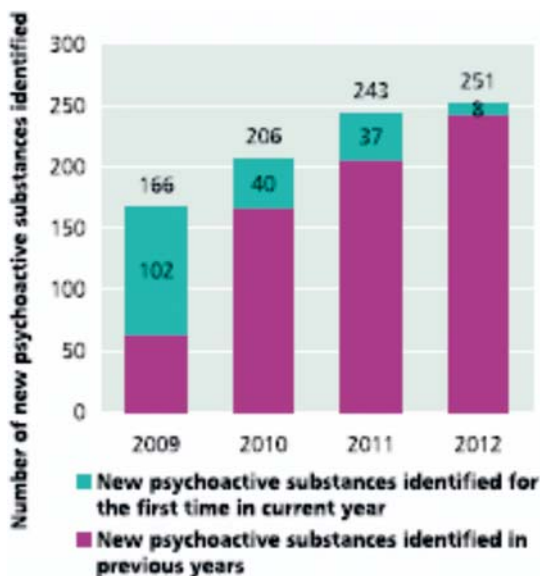


Рис. 3. Общее число «новых ПАВ» в мире (UNODC, 2013) [27].

Весь спектр психотических расстройств при употреблении наркотиков можно разделить на те, которые возникают в период опьянения и абстиненции, а также на резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом. Критерии, изложенные в МКБ-10, указывают на возможность диагностики следующих феноменов:

*Интоксикации (возникающие в период наркотического опьянения):*

- F1x.00 без осложнений;
- F1x.03 с делирием;
- F1x.04 с расстройствами восприятия.

*Психотические расстройства, возникающие во время или непосредственно после употребления ПАВ (длительность не более 48 ч):*

- F1x.50 шизофреноподобное;
- F1x.51 преимущественно бредовое;
- F1x.52 преимущественно галлюцинаторное;
- F1x.53 преимущественно полиморфное;
- F1x.54 преимущественно с депрессивными симптомами;
- F1x.55 преимущественно с маниакальными симптомами.

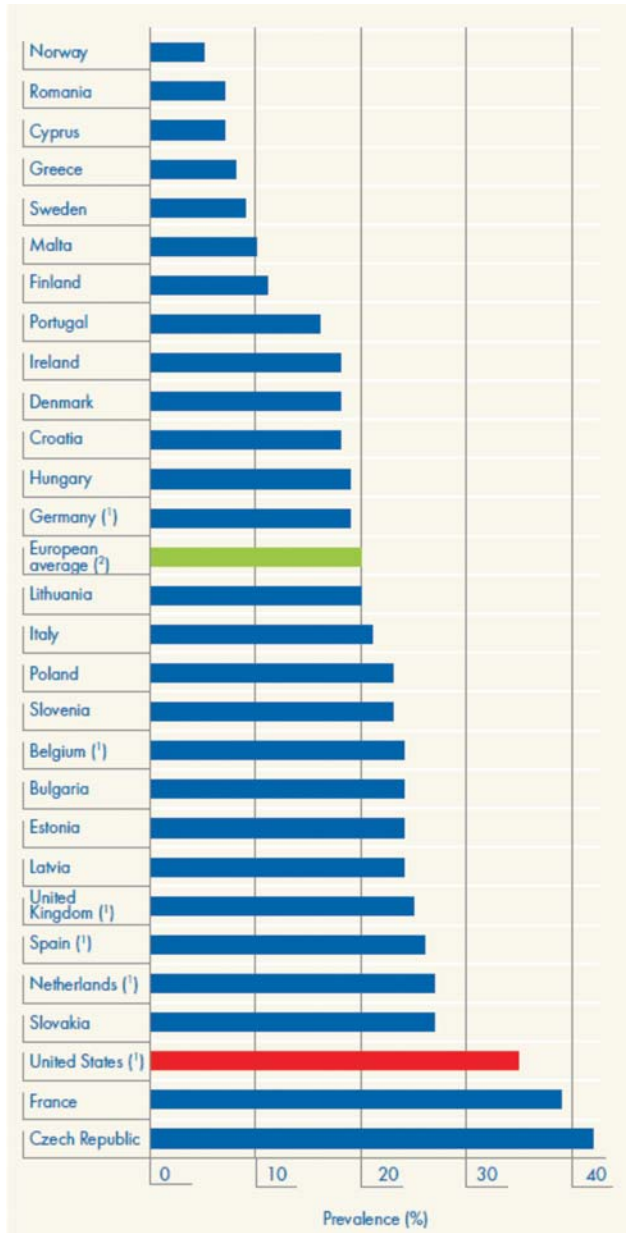


Рис. 4. Употребление каннабиса подростками 15–16 лет (в течение жизни) по данным EMCDDA, 2013 [13].

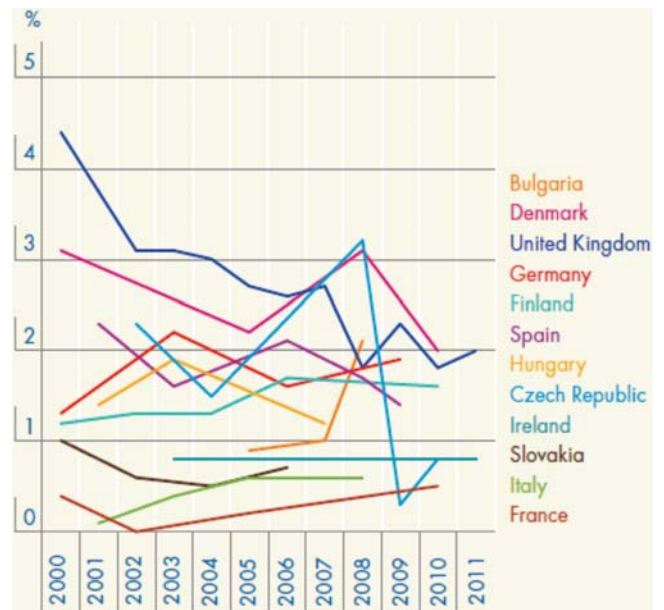


Рис. 5. Употребление амfetаминов лицами 15–34 лет (в течение последнего года), по данным EMCDDA, 2013 [13].

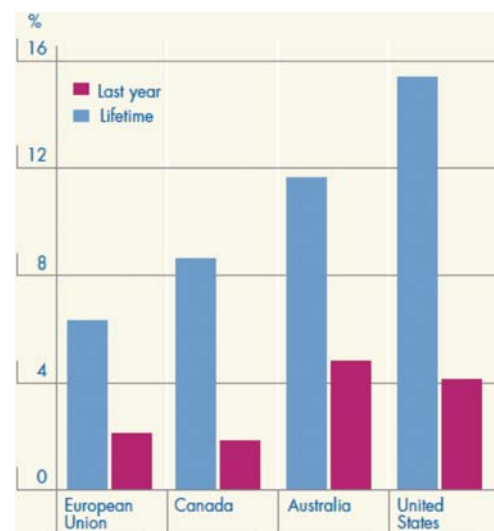


Рис. 6. Употребление кокаина лицами 15–34 лет, по данным EMCDDA, 2013 [13].

*Продолжающиеся по окончании периода непосредственного воздействия ПАВ:*

- F1x.70 реминисценции;
- F1x.71 расстройство личности и поведения;
- F1x.72 резидуальное аффективное расстройство;
- F1x.73 деменция;
- F1x.74 другое стойкое когнитивное нарушение.

Интересным клиническим примером может служить случай больного Р., 19 лет (описание приводится в изложении самого пациента). Случай демонстрирует пример резидуального психотического расстройства, вследствие употребления ПАВ.

*«Дело было так. Я покурил «легалку» (регент, вымоченный в ацетоне с ромашкой). Хапнул разок — без эффекта. Через 15 секунд второй — виштырило. Стало всё казаться замедленным, плыло перед глазами. Только присел и началось: мотало мой экран, будто слайд-шоу анимация с повторяющейся речью брата: «Руслан, нормально шоли, братан?»». Я смеялся, думал живот порвется. Далее закрыл глаза и попал под контроль галлюцинаций. Было ощущение, как будто мою душу мучают — полная деперсонализация личности. Чувствовал себя на месте сердца, будто кровь заглатывал. Тошнило. Дошел до ванной, залез в одежду под холодную воду и молил Бога, чтобы отпустило. Всё длилось 40 минут, но думал, что прошла вечность.*

*На следующий день попробовал ещё раз. Черт меня дернул покурить план. Виштырило хуже «легалки». Чтобы не попасть под контроль галлюцинаций ходил 6 часов по квартире. Не отпустило. Сегодня 49 день как моя кукушка улетела. Но я всё ещё вижу закрытыми глазами мультики перед сном.*

И вновь (как и в предыдущем клиническом случае) диагностический процесс сталкивается с необходимостью дифференциации экзогенного (интоксикационного) и эндогенного механизмов формирования психоза.

Для клиницистов бесспорно, что не все ПАВ относятся к потенциально опасным в ракурсе формирования психотических расстройств. К числу «психотогенных» относят: алкоголь (F10), каннабиноиды (F12), кокаин (F14), стимуляторы (F15), галлюциногены (F16), летучие растворители (F18). Психотические расстройства не регистрируются при употреблении опиоидов (F11), седативных и снотворных средств (F13), табака (F17). Сделаем акцент на том, что основные «старые наркотики» (например, героин и иные опиоиды), которые и определяют состав пациентов наркологических клиник, как правило, не вызы-

вают психозов. Получается, что в реальности с психозами, вызванными употреблением наркотических веществ, наркологи практически не сталкиваются, и вследствие этого подобная патология не находит места в статистических отчётах.

Опьянение ПАВ (за исключением алкоголя, опиоидов и табака) можно с полным основанием причислить к психотическим расстройствам [5]. Так, типичным для каннабисного опьянения считаются «разительность эмоций», неуправляемые приступы смеха по незначительному поводу, резкие колебания настроения, острые приступы страха. Изменённое восприятие времени, пространства, цветов, интенсивности и характера звуков, собственного тела. Нарушения координации движений. Зрачки расширены, покраснение лица, век, блеск глаз, гиперемия склер, сухость во рту. По выходе из состояния — повышенный аппетит. В дальнейшем отмечаются усталость, сонливость.

Признаками психостимуляторного опьянения (эфедрин, амфетамины, кокаин) являются: ощущение «озарения», легкости и полета. Ощущения с поверхности кожи, от мышц, внутренних органов воспринимаются как разнообразные приятные ощущения (волны тепла и блаженства). Отмечается суестьливость, многоречивость, возбуждённость. Аппетит снижен, человек может не спать несколько суток, затем утомляется и долго спит. Наблюдается бледность лица, расширение зрачков, сухость во рту, сексуальное возбуждение. На выходе — раздражительность, желание остаться одному, опустошённость, сонливость без перехода в сон, головные боли, озноб.

При галлюциногенном опьянении (ЛСД, псилоцибин, мескалин, циклодол) поведение зависит от содержания галлюцинаций и других расстройств. Это может быть пассивное созерцание с относительной критикой, когда имеется осознание того, что психические нарушения связаны с приёмом препарата. При более глубоком опьянении критика отсутствует, поведение становится непредсказуемым, могут наблюдаться аутоагрессивные или агрессивные действия. Нередко наблюдается бредовая интерпретация галлюцинаторных переживаний, которая может сохраняться и после прекращения галлюцинаций. Эмоциональное состояние характеризуется хаотической смесью эйфории и страха, ужаса, гнева и злости. По выходе из опьянения — тяжёлое депрессивное состояние, чаще всего с двигательным возбуждением, нередко с суицидальными тенденциями. Продолжительность депрессии — от 1 суток до 1 недели.

А.Е. Личко, В.С. Битенский [2] описали атипичные формы опьянения: при употреблении ингалянтов — галлюцинаторно-параноидное, энцефалопатическое; при употреблении кокаина — постгаллюцина-

торные рецидивы, галлюциногенный параноид, галлюциногенная депрессия. Хронические же психозы, по их мнению, характеризуются при употреблении каннабиноидов (гашиша) сочетанием псевдопаралитического синдрома (с дизартрией, атаксией, анизокорией) с бредом преследования и отношения, слуховыми галлюцинациями, апатией и абулией; при употреблении кокаина — делирием, онейроидом, параноидом (длительность суток—двое без поступления наркотика).

Традиционное представление об интоксикационных психозах базируется на понятии «острых экзогенно-органические реакции», описанного К. Vonhoffer более ста лет назад и характеризующегося оглушенностью, делирием, аменцией, экзогенным галлюцинозом, эпилептиформным возбуждением. Современные наблюдения за пациентами с психотическими расстройствами вследствие употребления «новых наркотиков» позволяют утверждать, что клиническая картина их психических расстройств существенно отличается от классических экзогенно-органических психических расстройств. Можно говорить о явной «шизофренизации» таких психотических расстройств. К примеру, в рамках «стимуляторных психозов» вследствие употребления амфетаминов, кокаина, катинона (мефедрона), эфедрина, метамфетаминов, метилфенидада (риталина) типичной является галлюцинаторно-параноидная симптоматика, кататонический ступор и возбуждение, мании и шизофреноформные симптомы со шперрунгами, ментизмом, резонерством [6, 9, 10, 12, 18, 29]. При этом известно, что, несмотря на то, что частота их возникновения обычно коррелирует с величиной дозы наркотика, иногда она определяется индивидуальной уязвимостью. Известны случаи регистрации психозов после употребления 50 мг амфетамина. Возникновению психозов способствуют инъекционный или ингаляционный способ употребления кокаина, метамфетаминов и меткатинонов, клинические признаки зависимости, многократное повторное употребление стимулятора в течение относительно короткого периода времени (несколько суток), психотические эпизоды в анамнезе, сопутствующее употребление ПАВ других фармакологических групп (алкоголь, бензодиазепины, каннабис) и длительная бессонница [26].

Таким образом, анализ ситуации с психотическими расстройствами, возникающими при употреблении наркотиков, демонстрирует, с одной стороны, тенденцию к их учащению, с другой, к «шизофренизации» клинической картины. Всё это создаёт новые диагностические проблемы и, возможно, позволяет думать о новой модели изучения этиопатогенетических механизмов шизофрении и других эндогенных заболеваний.

## Список литературы

1. Дудин И.И. Зависимость от каннабиноидов в структуре сочетанной психической патологии по данным отдаленного ка-тамнеза (клинический, клинко-эпидемиологический, социодемографический аспекты): Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2009. — 347 с.
2. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство для врачей. — Л.: Медицина: «Академический проект», 1997. — 304 с.
3. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 264 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства. — СПб., 1994. — 304 с.
5. Ракитин М.М. Психопатология наркоманий в свете учения о симпоматических психозах // Наркология. — 2005. — №4. — С. 66—72.
6. Addington J., Case N., Saleem M. et al. Substance use in clinical high risk for psychosis: a review of the literature // *Early Interv. Psychiatry*. — 2013. — Vol. 14. — P. 12—22.
7. Auriel E., Hausdorff J.M., Giladi N. Methylphenidate for the Treatment of Parkinson Disease and Other Neurological Disorders // *Clin. Neuropharmacol.* — 2008. — Vol. 32 (2). — P. 75—81.
8. Berman R.M., Cappiello A., Anand A. et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients // *Biol. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 47. — P. 351—354.
9. Bramness J.G., Gundersen O.H., Guterstam J. et al. Amphetamine-induced psychosis — a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? // *BMC Psychiatry*. — 2012. — Vol. 5. — P. 212—221.
10. Curran C. et al. Stimulant psychosis: systematic review // *The British Journal of Psychiatry*. — 2004. — Vol. 185. — P. 196—204.
11. Dervaux A., Laqueille X., Bourdel M.C. et al. Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates // *Encephale*. — 2003. — Vol. 29 (1). — P. 11—17.
12. Dore G, Sweeting M. Drug-induced psychosis associated with crystalline methamphetamine // *Australasian Psychiatry*. — 2006. — Vol. 14 (1). — P. 86—89.
13. EMCDDA. Annual report on the state of the drugs problem in Europe, 2013 [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_190854\\_EN\\_TDAC12001ENC\\_.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_EN_TDAC12001ENC_.pdf)2013
14. INCB. Annual report, 2011. <http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2011.html>
15. Kucerova J., Tabiova K., Drago F., Micale V. Therapeutic Potential of Cannabinoids in Schizophrenia // *Recent. Pat. CNS Drug Discov.* — 2014. — Mar. 6. — P. 44—48.
16. Kuepper R., Winkel R., Henquet C. Cannabis use and the risk of psychotic disorders // *Tijdschr. Psychiatr.* — 2013. — Vol. 55 (11). — P. 867—872.
17. Large M., Mullin K., Gupta P. et al. Systematic meta-analysis of outcomes associated with psychosis and co-morbid substance use // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. — 2014. — Mar. 3. — P. 109—135.
18. McKetin R., McLaren J., Lubman D.I. et al. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users // *Addiction*. — 2006. — Vol. 101 (10). — P. 1473—148.
19. Niemi-Pynttari J.A., Sund R., Putkonen H. et al. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases // *J. Clin. Psychiatry*. — 2013. — Vol. 74 (1). — P. 94—99.
20. Nixon P.J. Health effects of marijuana: a review // *Pac. Health Dialog*. — 2006. — Vol. 13 (2). — P. 123—129.
21. Paparelli A., Di Forti M., Morrison P.D. et al. Drug-induced psychosis: how to avoid star gazing in schizophrenia research by looking at more obvious sources of light // *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. — 2011. — Vol. 5. — P. 1—9.

22. Pearson D.A., Santos C.W., Aman M.G. et al. Effects of extended release methylphenidate treatment on ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and associated behavior in children with autism spectrum disorders and ADHD symptoms // *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* — 2013. — Vol. 23 (5). — P. 337—351.
23. Rosenthal R.N., Miner C.R. Differential diagnosis of substance-induced psychosis and schizophrenia in patients with substance use disorders // *Schizophr. Bull.* — 1997. — Vol. 23 (2). — P. 187—193.
24. Rot M., Zarate C.A. Jr., Charney D.S. et al. Ketamine for Depression: Where Do We Go from Here? // *Biol. Psychiatry.* — 2012. — Vol. 72 (7). — P. 537—547.
25. Schubart C.D., Sommer I.E., Fusar-Poli P. et al. Cannabidiol as a potential treatment for psychosis // *Eur. Neuropsychopharmacol.* — 2014. — Vol. 24 (1). — P. 51—64.
26. Srisurapanont M., Ali R., Marsden J. et al. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients // *International Journal of Neuropsychopharmacology.* — 2003. — Vol. 6 (4). — P. 347—352.
27. UNODC. NPS. New psychoactive substances. — 2013. [www.unodc.org/drugs](http://www.unodc.org/drugs)
28. Warner L.A., Kessler, R.C., Hughes, M. et al. Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity // Survey. *Arch. Gen. Psychiatr.* — 1995. — Vol. 52. — P. 219—229.
29. Yui K., Ikemoto S., Ishiguro T. et al. Studies of amphetamine or methamphetamine psychosis in Japan: relation of methamphetamine psychosis to schizophrenia // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* — 2000. — Vol. 914. — P. 1—12.

## **PSYCHOTIC DISORDERS DUE TO DRUG USE: CURRENT STATE OF THE PROBLEM**

**MENDELEVICH V.D.** Kazan State Medical University, Department of Medical and General Psychology, 420012, Kazan, Butlerov St., 49; e-mail: mend@tbit.ru

Lecture is devoted to the analysis of a problem of psychotic disorders as a result of the use of drugs. Features of psychopathology of intoxication, acute and long-term psychoses are described, diagnostic and differential difficulties, specifics of «schizophrenization» of psychoses are estimated at the use of «new drugs».

**Key words:** psychoses, use of the drugs, new drugs, schizophrenia