

Иванова Л.А.<sup>1</sup>, Терских Т.В.<sup>2</sup>, Тарасенко Т.В.<sup>2</sup>, Иванова Л.В.<sup>1</sup>

## ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАННАБИНОИДЫ (СПАЙСЫ)

<sup>1</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Иркутск, Россия

<sup>2</sup> ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», Иркутск, Россия

Изучены психотические расстройства у лиц, употребляющих синтетические каннабиноиды (спайсы): шизофреноподобное расстройство (60 %), интоксикационный делирий (35 %), психотическое расстройство с преимущественно маниакальными симптомами (5 %). Среди пациентов с шизофреноподобным расстройством длительностью до 1 месяца выделены случаи психозов с мономорфной и полиморфной клинической картиной. Шизофреноподобные психозы длительностью течения более 1 месяца требуют дифференциальной диагностики с манифестным приступом шизофрении или шизоаффективным расстройством.

**Ключевые слова:** острые психозы, синтетические каннабиноиды (спайсы)

## PSYCHOTIC DISORDERS IN PEOPLE USING SYNTHETIC CANNABINOIDS (SPICE)

Ivanova L.A.<sup>1</sup>, Terskikh T.V.<sup>2</sup>, Tarasenko T.V.<sup>2</sup>, Ivanova L.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk, Russia

<sup>2</sup> Irkutsk Regional Psychoneurologic Dispensary, Irkutsk, Russia

The study involved the group of patients ( $n = 40$ ) with psychotic disorders who used synthetic cannabinoids (spice). Among the psychotic disorders according to ICD-10 we allocated intoxication delirium (F12.03; 35 %), schizophreniform disorder (F12.50; 60 %), disorder with predominantly manic psychotic symptoms (F12.55; 5 %). The average age of patients was  $25.2 \pm 4.4$  years. Hereditary aggravation in patients who consume synthetic cannabinoids was presented by alcoholism and substance abuse (20 %), affective disorders (7.5 %), schizophrenia (5 %); personality disorders (10 %); suicides (2.5 %). The group of patients with intoxication with delirium had significantly higher frequency of family history of alcoholism and addiction to psychoactive substances compared with patients with schizophreniform disorder ( $p < 0.02$ ). Clinic intoxication delirium was characterized by disturbance of consciousness (delirium, twilight) lasting from several hours to 2–3 days, psychomotor agitation, aggression, shouting certain phrases and words, anxiety, fear, visual hallucinations. In patients with acute schizophreniform disorder (24 patients; 60 %) symptoms consisted of a dominant affect (depressive, or mixed), productive psychopathological symptoms within the list of F20 headings of ICD-10. Productive syndromes were limited to verbal hallucinosis (true or its limiting variants) in the form of voiced (which discuss the patient's behavior, threaten him/her with death, offer advice), reference of persecutory delusion. The coming out of a psychotic state was characterized by short-term postpsychotic depression. Patients received detoxification therapy and also combined psychopharmacotherapy with the use of antipsychotics, antidepressants, tranquilizers, normotymics, nootropics.

**Key words:** acute psychosis, synthetic cannabinoids (spice)

### ВВЕДЕНИЕ

За последние несколько лет в структуре употребляемых психоактивных веществ (ПАВ) стали преобладать наркотики, которые распространяются преимущественно через интернет под названием «спайсы». Действующими веществами спайсов являются синтетические аналоги тетрагидроканнабинола, обладающие более высоким психотическим потенциалом, по сравнению с природными каннабиноидами [1, 3, 6]. Среди психических нарушений при употреблении спайсов выделены депрессия, панические атаки, эйфория, двигательные стереотипии, зрительные и вербальные галлюцинации, деперсонализация [8].

Употребление ПАВ, особенно относящихся к группе каннабиноидов, является фактором риска развития психотической симптоматики [5, 9, 10]. Отмечен факт возникновения интоксикационных психозов при употреблении спайсов без симптомов зависимости и абстиненции, а также при однократном их употреблении [2, 3]. В структуре интоксикационных психозов отмечают не только острые экзогенные реакции Бонгеффера,

но и синдромы эндогенного регистра («шизофренизация» интоксикационных психозов) [6, 7].

Риск развития шизофрении у пациентов с психозами, индуцированными каннабиноидами, составляет 46 % [11]. Течение шизофрении с коморбидной наркологической патологией отличается более выраженной прогрессивностью с увеличением частоты обострений, сопутствующих употреблению ПАВ инфекционных и соматических заболеваний, случаев агрессивного и аутоагрессивного поведения [9, 10]. Клиническая картина приступов характеризуется большей резистентностью к психофармакотерапии, предпочтительна терапия антипсихотиками второго поколения в связи с худшей переносимостью традиционных антипсихотиков, а также с несоблюдением режима приёма поддерживающей терапии.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение острых психотических расстройств у пациентов, употребляющих синтетические каннабиноиды (курительные смеси, спайсы).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Изучена группа пациентов ( $n = 40$ ) с психотическими расстройствами при употреблении синтетических каннабиноидов (спайсов). Из них было 36 (90 %) мужчин и 4 (10 %) женщины. Критерием включения явилось наличие в анамнезе, в том числе непосредственно предшествующее острому психозу, употребление спайсов. Психотическая симптоматика возникала во время или в течение 2 недель после употребления каннабиноидов. Среди психотических расстройств в результате употребления синтетических каннабиноидов выделены по МКБ-10 [4]: интоксикационный делирий (F12.03; 35 %); шизофреноподобное расстройство (F12.50; 60 %); расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами (F12.55; 5 %). Средний возраст пациентов составил  $25,2 \pm 4,4$  года. Больные находились на лечении в ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1». Средняя длительность пребывания в стационаре составляла от 7 до 46 дней. Методы исследования – клинико-психопатологический; клинико-анамнестический; токсико-химический. Все больные выражали добровольное информированное согласие на представление своих данных для научного исследования. Для выявления статистически значимых различий между исследуемыми группами использовались: критерий Стьюдента; критерий Фишера (в случае, если  $n < 4$ ).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Наследственная отягощённость у пациентов, употребляющих синтетические каннабиноиды, представлена синдромом зависимости от ПАВ, в том числе алкогольной зависимостью (20 %), аффективными расстройствами (7,5 %), шизофренией (5 %), расстройствами личности (10 %), суицидами (2,5 %). В группе пациентов с интоксикационным делирием выявлена статистически значимо большая частота наследственной отягощённости алкоголизации и зависимости от ПАВ, по сравнению с пациентами с шизофреноподобным расстройством ( $p < 0,02$ ) (табл. 1).

К моменту возникновения острого психотического расстройства больные, употребляющие синтетические каннабиноиды, получили высшее (37,5 %), незаконченное высшее (20 %), среднеспециальное (27,5 %), среднее (15 %) образование. Работали 45 % больных, учились – 30 %, были безработными – 25%; состояли в браке – 25 %, были одиноки или разведены – 75 %. Употребление природных каннабиноидов (гашиш, анаша), как правило, наблюдалось в подростковом возрасте ( $15,2 \pm 3,5$  года). В последующем в анамнезе отмечено расширение перечня употребления психоактивных веществ (героин – 5 %; анаша и алкоголь – 5 %; амфетамины – 2,5 %).

К моменту возникновения острого психотического расстройства все больные употребляли синтетические каннабиноиды (курительные смеси, спайсы). Признаки зависимости от каннабиноидов выявлены в 8 (20 %) случаях. Формирование зависимости имело следующие характеристики. Длительность употребления спайсов составляла от нескольких месяцев до двух лет. В процессе злоупотребления спайсами отмечено изменение формы употребления наркотика: от эпизодического к ежедневному и далее – к многократному в течение дня. Отмечался рост толерантности: в начале употребления пациенты использовали при курении небольшую часть пакета, далее доза наркотика достигала нескольких пакетов в день. Синдром отмены синтетических каннабиноидов характеризовался внутренним дискомфортом, навязчивыми мыслями о наркотике, наркоманическими сновидениями, невозможностью найти себе место, повышенной раздражительностью и тревогой, нарушениями сна, повышенным аппетитом, головной болью, ощущением комка в горле, судорогами в мышцах рук и ног, гипергидрозом.

Интоксикационный делирий при употреблении синтетических каннабиноидов диагностирован у 14 (35 %) пациентов. Клиника интоксикационного делирия характеризовалась нарушением сознания (делириозное, сумеречное) длительностью от нескольких часов до 2–3 дней, психомоторным возбуждением, агрессией, выкрикиванием отдельных фраз и слов, тревогой, страхом. Выявлялись истинные зрительные галлюцинации устрашающего содержания («незнакомые люди с оружием в военной форме»). На этапе редукции симптоматики отмечались утрата или частичные воспоминания о психотических переживаниях.

Интоксикационный делирий при употреблении синтетических каннабиноидов диагностирован у 14 (35 %) пациентов. Клиника интоксикационного делирия характеризовалась нарушением сознания (делириозное, сумеречное) длительностью от нескольких часов до 2–3 дней, психомоторным возбуждением, агрессией, выкрикиванием отдельных фраз и слов, тревогой, страхом. Выявлялись истинные зрительные галлюцинации устрашающего содержания («незнакомые люди с оружием в военной форме»). На этапе редукции симптоматики отмечались утрата или частичные воспоминания о психотических переживаниях.

Таблица 1

Наследственная отягощённость у пациентов, употребляющих синтетические каннабиноиды

Наследственная отягощённость	Клинические группы						Всего		$p_{1-2}$	$p_{1-3}$	$p_{2-3}$
	Интоксикационный делирий ( $n = 14$ )		Шизофреноподобное расстройство ( $n = 24$ )		Расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами ( $n = 2$ )						
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Синдром зависимости от ПАВ, в т. ч. алкогольная зависимость	7	50,0	3	12,5	1	50	8	20,0	0,02	–	–
Аффективные расстройства	1	7,1	2	8,3	–	–	3	7,5	–	–	–
Шизофрения	–	–	2	8,3	–	–	2	5,0	–	–	–
Расстройства личности	1	7,1	3	12,5	–	–	4	10,0	–	–	–
Суициды	–	–	1	4,2	–	–	1	2,5	–	–	–

У пациентов с острым шизофреноподобным расстройством (24 (60 %) пациентов) симптоматика складывалась из доминирующего аффекта (депрессивный или смешанный), продуктивные психопатологические симптомы укладывались в перечни «а», «б», «в», «г» рубрики F20 (по МКБ-10). В зависимости от длительности выделены острые психотические расстройства длительностью до 1 месяца (20 (50 %) пациентов); в 10 % случаев ( $n = 4$ ) длительность психоза составила более 1 месяца. В зависимости от степени синдромологического полиморфизма (количество симптомов перечня «а-г» рубрики F20) пациенты с длительностью заболевания до 1 месяца разделены на две клинические группы – с мономорфной (15 %;  $n = 6$ ) и полиморфной (35 %;  $n = 14$ ) структурой психотического расстройства.

Среди пациентов с мономорфной структурой психоз протекал на фоне депрессии или смешанной депрессии. Продуктивные синдромы истощались вербальным галлюцинозом (истинный или псевдогаллюцинозный его варианты) с содержанием голосов (обсуждают поведение больного, угрожают расправой, дают советы) или бредом отношения, преследования. Выход из психотического состояния характеризовался кратковременной постпсихотической депрессией.

Среди пациентов с полиморфной структурой шизофреноподобного расстройства аффективный компонент на высоте психоза представлен тревожно-депрессивным синдромом, депрессией или смешанной депрессией (гипотимия в сочетании с активной жестикуляцией и желанием пациента выговориться). Продуктивная симптоматика характеризовалась бредом символического значения («голуби полетели, значит я добрый»); воздействия («меня зеркалят, зеркало забирает мою энергию»), интеллектуальным бредом воображения (больной «все может», в том числе излечить чужую болезнь). Синдром вербального галлюциноза представлен истинным («голоса за стеной говорят») и псевдогаллюцинозным вариантом («внутренний голос приказывает», «голоса забили голову»). Выявлялись интровертированный идеаторный вариант синдрома Кандинского – Клерамбо (пациент «слышит» то, что про него думают окружающие), сенестопатии («ком в животе, вертится как что-то горячее»). В одном наблюдении отмечалась субкататоническая симптоматика в виде кратковременного замирания в одной позе, зажмуривания глаз. На выходе из психоза возникала постпсихотическая либо смешанная депрессия (гипотимия с отсутствием желания к какой-либо деятельности на фоне ускоренного течения ассоциаций и речевого напора).

Острые психотические расстройства с длительностью заболевания более 1 месяца были представлены аффектом (депрессией, смешанной депрессией либо манией). Продуктивная симптоматика включала истинный вербальный галлюциноз, псевдогаллюциноз; интровертированный идеаторный вариант психического автоматизма («способен к передаче своих мыслей и знанию мыслей других»), эпизод наглядно-образного бреда воображения («вокруг – звезды», «мир в опасности, угроза третьей термоядерной войны» с ощущением «все как в кино»), бред интеллектуального

воображения (больной – «мировой энергетический донор, из него сосут энергию все страны мира»), бред символического значения (больной избавляется от личных вещей черного цвета, документов, в которых имеется цифра 666 – «это цвет и цифра дьявола»), субкататоническую симптоматику в виде кратковременного застывания, мизоманию. На выходе из психоза выявлялась постпсихотическая смешанная депрессия.

Пациенты с преимущественно маниакальными психотическими симптомами ( $n = 2$ ) были двигательно расторможены, многоречивы, во время врачебного осмотра один из пациентов демонстрировал боевые приемы, другой высказывал идеи переоценки собственной личности («лично знаком с руководителями области, планировал трудоустроиться в администрацию города»).

Токсико-химический анализ выявил наличие тетрагидроканнабинола в моче у 14 (35 %) пациентов, отсутствие – у 12 (30 %) пациентов.

Терапевтическая тактика пациентов с острыми психозами в результате употребления синтетических каннабиноидов включала проведение комплексного лечения. Инфузионная терапия включала использование раствора Рингера, 5%-го раствора глюкозы. Назначались средства, улучшающие обменные процессы: витамины (тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота внутримышечно или в инфузии), тиоктовая кислота внутрь или в инфузии. Для купирования психомоторного возбуждения использовалась комбинация феназепама 2 мг и галоперидола 5–10 мг внутримышечно. При наличии маниакальных расстройств, нарушений поведения, агрессии были назначены антипсихотические средства с седативным действием (перициазин до 30 мг, зуклопентиксол 10–30 мг). В терапии продуктивных психопатологических расстройств (обманов восприятия, бреда) назначались: рисперидон 1–4 мг, трифлуоперазин 5–15 мг, хлорпротиксен до 45 мг. Терапия депрессивных нарушений включала использование антидепрессантов (сертралин 25–50 мг, венлафаксин 75–150 мг). Для снятия влечения к каннабиоидам применялись нормотимики (карбамазепин до 400 мг, вальпроевая кислота 500 мг). Использовались ноотропные препараты – гопантенная кислота до 1500 мг, пирацетам до 1200 мг, глицин до 1000 мг.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, среди психотических расстройств в результате употребления синтетических каннабиноидов длительностью до 1 месяца выделены психозы с делириозной симптоматикой, шизофреноподобные психозы с мономорфной (в виде вербального галлюциноза или бреда) и полиморфной (вербальный галлюциноз, идеаторный вариант психического автоматизма, бред символического значения) клинической картиной, в единичных наблюдениях – с психотической манией. Психозы длительностью течения более 1 месяца требуют дифференциальной диагностики с параноидной шизофренией либо шизоаффективным расстройством. Для окончательного суждения о диагнозе необходимы данные катамнестического наблюдения. Лечение пациентов с острыми психотическими

расстройствами при употреблении синтетических каннабиноидов включает дезинтоксикационную терапию, а также комбинированную психофармакотерапию с использованием антипсихотиков, антидепрессантов, транквилизаторов, нормотимиков, ноотропов.

#### ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Каклюгин Н.В. Современные виды наркотических средств и психотропных препаратов и психосоциальные последствия их потребления // Психическое здоровье. – 2014. – № 2. – С. 73–99.

Kaklyugin NV. (2014). Modern types of narcotic substances and psychotropic agent, and psychosocial consequences of their consumption [Sovremennyye vidy narkoticheskikh sredstv i psikhotroponykh preparatov i psikhosotsial'nye posledstviya ikh potrebleniya]. *Psikhicheskoe zdorov'e*, (2), 73-99.

2. Кудриль Н.В. Актуальные вопросы токсикологии и лабораторной идентификации синтетических каннабиноидов (подготовлено по материалам Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании – EMCDDA) // Медицина неотложных состояний. – 2015. – № 2. – С. 10–18.

Kudril NV. (2015). Topical issues of toxicology and laboratory identification of synthetic cannabinoids (prepared according to the data of European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) [Aktual'nye voprosy toksikologii i laboratornoy identifikatsii sinteticheskikh kannabinoidov (podgotovleno po materialam Evropeyskogo tsentra monitoringa narkotikov i narkomanii – EMCDDA)]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy*, (2), 10-18.

3. Менделевич В.Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы // Наркология. – 2014. – № 7. – С. 93–100.

Mendelevich VD. (2014). Psychotic disorders due to drug use: state of the art [Psikhoticheskie rasstroistva v rezul'tate upotrebleniya narkotikov: sovremennoe sostoyanie problem]. *Narkologiya*, (7), 93-100.

4. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике). – СПб.: Оверлайд, 1994. – 300 с.

ICD-10: Classification of mental and behavioral disorders (clinical descriptions and instructions) (1994) [МКБ-10: Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv (klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike)]. Sankt-Peterburg, 300 p.

5. Руководство по наркологии; 2-е изд. / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 944 с.

Ivanets NN (ed.). (2008). Guidelines on narcology [Rukovodstvo po narkologii]. Moskva, 944 p.

6. Софронов Г.А., Головки А.И. Синтетические каннабиноиды // Наркология. – 2012. – № 10. – С. 97–110.  
Sofronov GA, Golovko AI. (2012). Synthetic cannabinoids [Sinteticheskie kannabinoidy]. *Narkologiya*, (10), 97-110.

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

Khoroshilov GP, Khudyakov AV. (2015). Induced psychotic disorders associated with modern psychoactive substances use [Intoksikatsionnye psikhozy, svyazannye s upotrebleniem sovremennykh psikhoaktivnykh veshchestv]. *Prakticheskaya meditsina*, (5), 7-10.

8. Чухрова М.Г. Пронин С.В., Рыбальчук Н.В., Иванова В.Э. Психические и психосоматические последствия потребления спайсов // Мир науки, культуры, образования. – 2015. – № 1. – С. 423–426.

Chukhrova MG, Pronin SV, Rybalchuk NV, Ivanova VE. (2015). Psychological and psychosomatic effects of spice consumption [Psikhicheskie i psichosomaticheskie posledstviya potrebleniya spaysov]. *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya*, (1), 423-426.

9. Fergusson DM. (2004). Cannabis and psychosis accumulating evidence. *Addiction*, 99 (10), 1351-1352.

10. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. (2006). Cannabis use and other illicit drug use. Testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101 (4), 556-569.

11. Niemi-Pynttari JA, Sund R., Putkonen H. (2013). Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases. *J. Clin. Psychiatry*, 74 (1), 94-95.

#### Сведения об авторах Information about the authors

**Иванова Людмила Александровна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (664079, г. Иркутск, Юбилейный, 100; e-mail: ivanova.l@bk.ru)

**Ivanova Lyudmila Aleksandrovna** – Candidate of Medical Sciences, Teaching Assistant at the Department of Psychiatry and Narcology of Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (664079, Irkutsk, Yubileyniy, 100; e-mail: ivanova.l@bk.ru)

**Терских Татьяна Владимировна** – врач ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер» (664022, г. Иркутск, ул. Сударева, 6; тел.: (3952) 24-32-02; e-mail: ogbuz.iopnd@yandex.ru)

**Terskih Tatyana Vladimirovna** – Physician at Irkutsk Regional Psychoneurologic Dispensary (664022, Irkutsk, Sudareva str., 6; tel.: (3952) 24-32-02; e-mail: ogbuz.iopnd@yandex.ru)

**Тарасенко Татьяна Владимировна** – заведующая 11-м женским психиатрическим отделением ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»

**Tarasenko Tatyana Vladimirovna** – Head of the 11<sup>th</sup> Psychiatric Department for Women of Irkutsk Regional Psychoneurologic Dispensary I

**Иванова Любовь Валерьевна** – ординатор кафедры психиатрии и наркологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

**Ivanova Lyubov Valeryevna** – Resident at the Department of Psychiatry and Narcology of Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education