

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц



2016г.

Регистрационный номер №

106-1116

**МЕТОД КЛИНИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ
КАННАБИНОИДОВ И ПОСЛЕДСТВИЙ ИХ УПОТРЕБЛЕНИЯ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»;

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

д.м.н. А.В. Копытов, А.А. Синевиц, А.Ю. Зезина

Минск, 2016

Данная инструкция по применению «Метод клинической дифференциальной диагностики синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов и последствий их употребления» (далее – инструкция) может быть использована в комплексе оказания медицинских услуг для диагностики синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов и их употребления с вредными последствиями.

Инструкция предназначена для врачей психиатров-наркологов и других врачей-специалистов, оказывающих специализированную медицинскую помощь лицам с проблемами зависимых форм поведения.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Психотические нарушения вследствие употребления синтетических каннабиноидов (F12.3; F12.4; F12.5; F12.7; F19), опиоидов (F11.3; F11.4; F11.5; F11.7), психотических эпизодов в рамках шизофрении (F20), острых полиморфных и транзиторных психотических расстройств (F23).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- отказ пациента от проведения исследования;
- сочетанное употребление психоактивных веществ;
- выраженные когнитивные нарушения, препятствующие целенаправленной коммуникации и выполнению тестов;
- другие сомато-неврологические расстройства, препятствующие выполнению заданий.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕТОДИК

- «Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала» (УРП, Дудко Т.Н., 2006)».
- Опросник «Мотивы потребления ПАВ» для исследования мотивов употребления психоактивных веществ [Завьялов В.Ю., 2003].
- Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

- Шкала оценки позитивных и негативных симптомов PANSS (по С.П. Кею, Л.А. Оплеру и А. Фицбейну).
- Висконсинский тест сортировки карточек (*Wisconsin Card Sorting Test, WCST*).
- Тест «Таблицы Шульте».

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

1 этап. На первом этапе для сбора анамнеза и основных социально-демографических характеристик используется «Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала». Задают вопросы из данного инструмента, и заполняется бланк опросника. В практическом отношении шкала оценки УРП имеет терапевтическую и медико-социальную перспективы. Шкала состоит из четырех блоков конкретных вопросов: первый блок — преморбид, второй блок — клинические особенности заболевания, третий блок — особенности социального статуса и социальных последствий, четвертый блок — личностные изменения (приобретенные в процессе заболевания). Шкала базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного развития и социальном статусе больных. Ответ на каждый вопрос имеет количественное выражение от +5 до -3 баллов. В зависимости от суммарной цифровой оценки выделяют три уровня реабилитационного потенциала: высокий (83 балла (± 6)), средний (62 балла (± 10)) и низкий (45 баллов (± 10)).

2 этап. Исследования мотивационной сферы с использованием опросника «Мотивы потребления ПАВ». Опросник включает 45 информативных утверждений. В основе ответов лежит шкала Лайкерта с вариантами «да», «скорее да», «сомневаюсь», «скорее нет», «нет». Утверждения объединяются в шкалы и субшкалы, соответствующие основным МПА. По результатам опросника выявляется 3 группы шкал, каждая из которых имеет по 3 субшкалы. Первая шкала *социально-психологических мотивов* включает: 1. Традиционные

(Тр), культурально распространенные мотивы. 2. Субмиссивные (Сб), отражающие подчинение давлению других людей. 3. Псевдокультурные (Пс), стремление человека приспособить свой личный опыт к «наркотическим ценностям» микросреды. Вторая шкала - *личностных мотивов* включает:

4. Гедонистические (Гд), стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия наркотиков. 5. Атарактические (Ат), связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания. 6. Мотивы

гиперактивации (Га) поведения и насыщения стимулами при относительной сенсорной депривации. Третья шкала *патологических мотивов* включает:

7. Абстинентные (Аб) - стремление снять явления абстинентного синдрома.

8. Аддиктивные (Ад) - «пристрастие» к наркотикам, фиксация в сознании влечения к нему. 9. Самоповреждение (Сп) - стремление употреблению синтетических каннабиноидов назло себе и другим в качестве протеста, потери перспективы, утраты смысла трезвости.

Максимальные оценки выявляют доминирование того или иного вида мотивов потребления синтетических каннабиноидов, а все вместе шкалы дают суммарное представление об общем мотивационном напряжении.

В соответствии с рекомендациями автора опросника мотивы употребления являются актуальными при абсолютном значении более 5 баллов.

Наиболее актуальными мотивами употребления синтетических каннабиноидов, которые отражают индивидуальную специфичность для данной категории лиц, являются: гедонистические - ≥ 18 ; атарактические - ≥ 16 .

В отличие от потребителей опиоидов неспецифическими являются абстинентные и аддиктивные мотивы.

Значения, превышающие указанные выше позволяют отнести данную категорию лиц к группе риска по данному мотиву. Учитывая представленные данные, можно определить латентные мотивы употребления синтетических каннабиноидов.

3 этап. Шкала оценки позитивных и негативных симптомов PANSS.

Шкала PANSS разработана для типологической и многомерной оценки психопатологической симптоматики, особенно для выявления и регистрации позитивных и негативных симптомов. Основной целью шкалы является предоставление исследователям четко определенной (на основе операциональных критериев), стандартизованной, чувствительной, стабильной при повторном и длительном применении, надежной и валидной психометрической методики оценки позитивных и негативных нарушений, соответствующей современным методологическим требованиям и не требующей больших затрат времени или длительного обучения по ее применению. Шкала позволяет проводить стандартизованную оценку различных векторов психопатологической симптоматики, определять клинический профиль пациента и проследивать динамику состояния в процессе терапии.

Современная версия шкалы состоит из 30 признаков и позволяет выявить:

- тяжесть продуктивной симптоматики по «субшкале позитивных синдромов» (7 оценивающих признаков, которые являются избыточными к нормальному психическому статусу): бред, расстройства мышления, галлюцинации, возбуждение, идеи величия, подозрительность, идеи преследования, враждебность;

- тяжесть негативной симптоматики по «субшкале негативных синдромов» (7 оценивающих признаков, недостаточные для нормального психического статуса): притупленный аффект, эмоциональная отгороженность, трудности в общении, пассивно-апатическая социальная отгороженность, нарушение абстрактного мышления, нарушение спонтанности и плавности речи, стереотипное мышление;

- «композитный индекс» (разница между суммой баллов позитивных и негативных симптомов) устанавливает степень преобладания одного синдрома над другим;

- выраженность других психических нарушений по «общей психопатологической субшкале» (16 признаков; оценивает тяжесть

психического расстройства в целом): соматическая озабоченность, тревога, чувство вины, напряженность, манерность и позирование, депрессия, моторная заторможенность, мало контактность (отказ от сотрудничества, малообщительность), необычное содержание мыслей, дезориентированность, нарушение внимания, снижение критичности к своему состоянию, расстройство воли, ослабление контроля импульсивности (агрессивность), загруженность психическими переживаниями, активная социальная отстраненность.

При оценке степени тяжести отдельных симптомов и статуса субъекта в целом, а также их изменений в процессе лечения исследователь выбирает определенные временные интервалы для оценки состояния пациента в динамике и имеет возможность количественного подкрепления наблюдаемых изменений. Чтобы соблюсти корректность, унифицировать условия заполнения шкал и сохранить объективность оценки состояния пациента, рекомендуется производить обследование в одно и то же время суток, одним и тем же исследователем, что обычно обговаривается и фиксируется в протоколе.

4 этап. Висконсинский тест сортировки карточек (*Wisconsin Card Sorting Test, WCST*). *WCST* — нейропсихологический тест по исследованию когнитивной гибкости, исполнительского функционирования, способности к переключению между задачами (смену психологической установки, англ. *set-shifting*), то есть способность демонстрировать гибкость в условиях изменения подкрепления. Настоящий тест относится к категории нейропсихологических тестов, чувствительных к лобной дисфункции, результаты которого отражают когнитивную гибкость испытуемых. Испытуемый видит перед собой четыре карточки с разным числом фигурок различной формы и цвета. Внизу этих четырех карточек появляется одна, называемая «опорной». Испытуемого просят указать на одну из четырех карточек, с которой испытуемый обнаружит сходство с «опорной» по одному из трех признаков (количество, цвет, форма). Естественно, что таковое сходство может быть найдено со всеми предъявленными карточками. Специфика теста — в том, что сходство в режиме

реального времени является регламентируемым и время от времени меняется. Эти изменения условий «игры» требуют от испытуемого быстрой перестройки, то есть мыслительной гибкости. Предполагается, что смена условий происходит через каждые десять правильно указанных карточек (о чем испытуемому не сообщают). Эти 10 правильных ответов называются «категорией»: категория цвета, категория числа, категория формы. Тестирование организовано таким образом, что оно завершится при достижении 6 (максимального значения) категорий (Categories Completed) или максимально возможного предъявления 128 карточек (Trials Administered). Последовательное повторение одной и той же категории при выполнении теста быть не может. При предъявлении двух категорий следующим предъявлением для выполнения может быть только третья категория. Максимально удачный результат соответствует полному прохождению шести категорий (Categories Completed) при 60 предъявленных карточках (Trials Administered), что маловероятно из-за присутствия элемента случайности при первом выборе и последующем изменении условий. Этот элемент случайности реализуется большим 60-и предъявлений карточек, но при обязательном их соответствии 6 категориям.

Повторимся, имеются только две стратегии прохождения теста: путь прохождения через перебор 6 категорий и путь использования максимального количества 128 карточек. То есть, существует два неравнозначных главных маркера прохождения теста: прохождение категорий (Categories Completed) и использование карточек (Trials Administered). В зависимости от когнитивного стиля один из них становится доминирующим, а второй дополняющим. Первый сценарий, как обозначено выше, предполагает прохождение теста за шесть категорий, второй сценарий предполагает завершение испытания при предъявлении 128 карточек, вне зависимости от числа пройденных категорий и качества ответов. Он развивается при неспособности либо недостаточно своевременной адаптации к изменяющимся условиям задачи, что отражает недостаточную гибкость мышления. И при первом (удачном) и при втором

(неудачном) сценарии испытуемый может сделать разные по содержанию ошибки, по которым можно судить об особенностях мыслительной деятельности. «Висконсинский тест сортировки карточек» (WCST) — диагностически многогранен в контексте изучения у человека особенностей мыслительных процессов и исполнительской функции.

Для детализации процессов мышления вводится ряд дополнительных параметров: *Trials to Completed* — число карточек, пройденных тестируемым для завершения первой категории (отражает сообразительность, обучаемость, быстроту «схватывания» условий игры). *Perseverative Errors* (персеверативные ошибки) — количество ошибок, обусловленных фиксацией на прежнем задании и, фактически, отражают обстоятельность, застреваемость мышления, низкую способность переключаться с прежнего задания на новые условия или события. Большое количество ошибок этого рода говорит об застреваемости, обстоятельности, ригидности мышления. *Failure to Maintain Set* (ошибки удержания счета) — ошибки, которые возникают после того, как тестируемый экспериментальным или когнитивным способом нашел правило сортировки карточек, актуальное в данное конкретное время, но не смог им воспользоваться и довести серию правильных решений до конца, «сбился». Количество этих ошибок отражает актуальное состояние высших корковых функций, а именно способность следовать правилам. Большое количество этих ошибок говорит о соскальзываемости, побочных ассоциациях, отвлекаемости. *Distraction Errors* (случайные ошибки) — ошибки, возникающие при случайной сортировке карточек без правил. Ошибки этого рода регистрируются после любых пяти неправильных ответов, говорят о неспособности справиться с заданием, за счет «грубой» патологии мышления или выполнении теста «вслепую», бездумно.

Субъекты, страдающие зависимостью от синтетических каннабиноидов, по сравнению с лицами, имеющими эндогенные психические расстройства: отличаются более высокими показателями социального интеллекта, сообразительности, способности к научению, усвоения нового материала,

высокой когнитивной гибкости; не имеют в специфике мышления соскальзываемости, побочных ассоциаций, повышенной отвлекаемости, о чем свидетельствуют более низкие показатели «ошибок удержания счета» (≤ 5); большее количество ошибок «случайной сортировки карточек без правил» (≥ 10), определяющих специфику личностных особенностей, проявляющуюся в безответственности, безразличии, незаинтересованности результатами своей деятельности, отсутствие целеустремленности в достижении результатов.

5 этап. Тест «Таблицы Шульце» использовался для выявления скорости ориентировочно-поисковых движений взора, для исследования объема внимания (к зрительным раздражителям), определения устойчивости внимания и динамики работоспособности. Выполняется по стандартной методике с 5 таблицами. Производится оценка общего времени выполнения, эффективность работы, степень вработываемости, психическая устойчивость.

Субъекты, страдающие зависимостью от курительных смесей, по сравнению с лицами, имеющими эндогенные психические расстройства: имеют лучшую подвижность психических процессов (эффективность работы ≤ 53), более высокую эффективность функций внимания на стадии вработываемости ($\leq 0,95$), на фоне высокой истощаемости и низкой устойчивости психических процессов ($\geq 1,1$).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ

Дифференциальная диагностика клинических симптомов основана на сравнении полученных данных по: негативной психотической симптоматике в п. 3 таблицы 1; продуктивной симптоматике с п.п. 4 таблицы 1; психопатологической симптоматике эмоционально поведенческого регистра в п. 4 таблицы 1; психопатологической симптоматике волевого, когнитивного и моторного регистров в п. 5 таблицы 1; продуктивным психотическим симптомам в период отдаленных последствий в п. 5 таблицы 1.

Клинико-нейропсихологические данные, полученные при исследовании, соотносят с информацией, представленной в столбцах таблицы 1. Наличие

соответствия полученных данных обследования и результатов, представленных в одной из колонок, позволяет определить нозологическую принадлежность психических нарушений.

Шкала PANSS имеет некоторую специфику в трактовке терминологии, представленной в таблице 1. Верификация этой информации и пояснения к ней представлены ниже.

Негативные психотические симптомы в состоянии отмены и постинтоксикационном периоде при употреблении синтетических каннабиноидов. Ведущими негативными симптомами на момент поступления являются: нарушения абстрактного мышления, стереотипное мышление, нарушение спонтанности и плавности речи. Нарушение абстрактного мышления проявляется в затруднении классифицирования и обобщения, а также в неспособности уйти от конкретных или эгоцентрических способов решения задач. При нарушении абстрактного мышления имеются сложности при интерпретации пословиц или образных выражений, классифицируются по функциональному сходству только самые элементарные понятия. Особенности мышления являются сниженная продуктивность и ограниченная способность к: выделению актуальных признаков, определению функционального назначения или идиосинкразических интерпретаций. Стереотипность мышления заключается в некоторой ригидности установок и представлений. Ригидность и стереотипность мышления зачастую выражены настолько сильно, что беседа, несмотря на активность врача, ограничивается двумя или тремя преобладающими темами. Затруднение нормального речевого общения вследствие апатии, чувства незащитности, снижение волевых побуждений или нарушений мышления проявляется в расстройствах плавности речи и продуктивности вербального контакта. При грубом нарушении спонтанности и плавности речи, ответы пациента сводятся к нескольким словам или коротким фразам, направленным на прекращение беседы или резкого сокращения объема общения с врачом, например: «Я не знаю», «Я не могу

говорить об этом». В результате этого беседа сильно затруднена и непродуктивна.

В ходе лечения антипсихотиками редукция этих симптомов происходит медленнее, чем у лиц с негативными психотическими симптомами в рамках шизофренического процесса, что требует более длительного наблюдения. Данные особенности можно объяснить тем, что для купирования негативной психотической симптоматики используют в основном фармакотерапию нейролептиками, а для психических расстройств у субъектов с зависимостью от синтетических каннабиноидов, с целью достижения более эффективного результата, желательно провести дезинтоксикационную терапию.

Несмотря на проводимое лечение у определенного количества потребителей синтетических каннабиноидов сохраняется негативная психопатологическая симптоматика, которая протекает латентно и не имеет достаточно выраженной интенсивности. Она может быть обнаружена только при тщательном интервьюировании и применении соответствующего диагностического инструмента.

Продуктивные психотические симптомы в состоянии отмены и постинтоксикационном периоде при употреблении синтетических каннабиноидов. Ведущими продуктивными психотическими симптомами в остром состоянии отмены являлись бредовые переживания, расстройства мышления и возбуждение. Бредовые идеи были преимущественно в виде идей подозрительности и преследования. Бредовые идеи политематического характера, достаточно устойчивые, осложняют социальные коммуникации за счет наличия подозрительности в отношении окружающих. Подозрительность проявляется в необоснованных или преувеличенных мыслях о мнимом преследовании, чувстве настороженности, недоверии, подозрительной бдительности и убеждении во враждебном отношении окружающих. У потребителей синтетических каннабиноидов другие расстройства мышления проявляются трудностями в организации целенаправленного потока мыслей, в соскальзывании, непоследовательности, расплывчатости мышления, даже при

отсутствии давления со стороны окружающих. «Возбуждение» проявляется не только моторным компонентом активности, но и повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, повышении уровня бодрствования, чрезмерно изменчивом настроении, в ускоренной речи и чрезмерной взволнованности испытуемых, что косвенно может подтверждать наличие тревоги.

В ходе лечения антипсихотиками редукция этих симптомов происходит быстрее, чем у лиц с позитивными психотическими симптомами в рамках шизофренического процесса. Бредовые расстройства и расстройства мышления, в группе потребителей синтетических каннабиноидов, продолжали оставаться актуальными, хотя и на минимальном уровне, на фоне фармакотерапии нейролептиками, у лиц с неврологическими нарушениями, отставаниями в физическом развитии в детстве, отягощенной наследственностью по наркопатологии, более продолжительным стажем употребления данной группы веществ. Это требует более тщательного сбора анамнестических сведений для своевременной коррекции соматоневрологического статуса.

Обманы восприятия в остром периоде психоза менее характерны для потребителей синтетических каннабиноидов, и являются более специфичными в рамках шизофренического процесса.

Психопатологическая симптоматика эмоционально-поведенческого регистра. Ведущими психопатологическими симптомами эмоционально-поведенческого регистра в остром состоянии отмены синтетических каннабиноидов занимали ослабление контроля импульсивности, напряженность и тревога. Субъекты при ослаблении контроля импульсивности в условиях стресса или при неудовлетворенном желании легко раздражаются или расстраиваются, зачастую действуют импульсивно в соответствии со своими переживаниями. Ослабление контроля импульсивности специфический синдром, который проявлялся в виде нарушения регуляции и контроля внутренних побуждений, склонности к разрушающим действиям. Напряженность проявлялась в некоторой скованности в беседе, треморе,

потливости, двигательном беспокойстве, а для тревоги было характерно субъективное переживание нервозности, беспокойства, опасения или волнения. Напряжение в виде повышения мышечного тонуса и движения пациента указывают на умеренную или выраженную степень волнения (например, некоторая скованность движений, временная неусидчивость, стремление к перемене позы, мелкий и быстрый тремор рук). Высокая тревога проявляется сильным волнением, что сопровождается появлением соматических и поведенческих реакций, таких как заметная напряженность, ослабление концентрации внимания, сердцебиение и нарушения сна. В результате выраженности данных симптомов беседа сильно затрудняется и снижается ее продуктивность.

Редукция этих симптомов происходит достаточно быстро, однако на фоне проводимого лечения актуализируется смутное чувство вины, идеи самообвинения по поводу проступков, совершенных в состоянии наркотического опьянения.

Тенденция к повышению чувства вины и депрессивности в постинтоксикационном периоде является клиническим специфическим диагностическим признаком психоза, вследствие употребления синтетических каннабиноидов, на уровне эмоционально-поведенческого регистра.

После купирования острой психотической симптоматики у потребителей синтетических каннабиноидов на уровне эмоционально-поведенческого регистра, в отличие от лиц с психозами в рамках шизофренического процесса, в отдаленном периоде сохраняют актуальность ослабление контроля импульсивности, внутреннее напряжение, тревога.

Психопатологическая симптоматика волевого, когнитивного и моторного регистров. Психопатологические симптомы волевого, когнитивного и моторного регистров вследствие употребления синтетических каннабиноидов в остром периоде интоксикации проявляются преимущественно в виде снижения критичности к своему состоянию, нарушения внимания,

расстройства воли, загруженности психическими переживаниями, необычного содержания мыслей.

Профиль психопатологических симптомов в острый период интоксикации у потребителей синтетических каннабиноидов клинически отражает экзогенный характер происхождения симптомов (частичное нарушение ориентировки, внимания, воли, критики).

Специфичность клинической картины в отличие от лиц с острыми эндогенными психотическими расстройствами проявляется «нарушениями внимания» и «снижением критичности к своему состоянию».

В постабстинентный период, вследствие интоксикации синтетическими каннабиноидами, в профиле клинических психопатологических симптомов, кроме сохраняющегося «снижения критичности к своему состоянию», актуальными остаются волевые нарушения.

У потребителей синтетических каннабиноидов, по сравнению с субъектами в рамках шизофренического процесса, купирование острой психопатологической симптоматики волевого, когнитивного и моторного регистров происходит быстрее (за исключением, сохраняющихся волевых нарушений).

После купирования острой психической симптоматики на момент выписки после стационарного лечения в обеих группах актуальным остается снижение критичности к своему состоянию, что для лиц в рамках шизофренического процесса может быть объяснено особенностями заболевания, а для потребителей синтетических каннабиноидов снижением когнитивных функций.

Нейропсихологическая диагностика с помощью Висконсинского теста сортировки карточек и теста «Таблицы Шульте». Нормативные и описательные данные п.7 таблицы 1 и текстовом варианте, представленном ниже, позволяют определить этиологию нейропсихологических изменений.

По данным WCST субъекты, страдающие зависимостью от синтетических каннабиноидов, по сравнению с лицами, имеющими эндогенные психические расстройства, отличаются более высокими показателями социального интеллекта, сообразительности, способности к научению, усвоения нового материала, высокой когнитивной гибкости (количество предъявленных карточек ≤ 106 ; количество карточек, пройденных для завершения первой категории $\leq 4,15$; количество ошибок, обусловленных фиксацией на прежнем задании $\leq 21,2$); не имеют в специфике мышления соскальзываемости, побочных ассоциаций, повышенной отвлекаемости, о чем свидетельствуют более низкие показатели «ошибок удержания счета» (≤ 5); большее количество ошибок «случайной сортировки карточек без правил» (≥ 10), определяющих специфику личностных особенностей, проявляющуюся в безответственности, безразличии, незаинтересованности результатами своей деятельности, отсутствие целеустремленности в достижении результатов.

По данным теста «Таблицы Шульте» субъекты, страдающие зависимостью от синтетических каннабиноидов, по сравнению с лицами, имеющими эндогенные психические расстройства: имеют лучшую подвижность психических процессов (эффективность работы ≤ 53), более высокую эффективность функций внимания на стадии вработываемости ($\leq 0,95$), на фоне высокой истощаемости и низкой устойчивости психических процессов ($\geq 1,1$).

Информация по дифференциальной диагностике клинических состояний, обусловленных употреблением наркотических веществ, представлена в таблице 2 и носит описательный характер. Клинические признаки интоксикации, постабстинентного периода и состояния отмены, полученные при осмотре лица употреблявшего ПАВ, сравниваются с данными столбцов таблицы 2. Соответствие полученной при осмотре информации с данными одного из столбцов позволяет определить связь клинической картины с потреблением определенного ПАВ.

Таблица 1 - ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ И ЛИЦ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАМКАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

№		Потребители синтетических каннабиноидов	Субъекты с психическими расстройствами
1	Мотивы употребления психоактивных веществ	гедонистические и атарактические	традиционные
2	Негативные психотические расстройства	нарушение абстрактного мышления (затруднение обобщения, конкретность и эгоцентричность при решении задач), нарушение спонтанности и плавности речи, стереотипное мышление	притупленный аффект (напыщенность мимики и коммуникативная жестикуляция, обедненность эмоций), эмоциональная отгороженность, трудности в общении, пассивно-апатическая социальная отгороженность
3	Продуктивные психотические симптомы	четко оформленные и устойчивые бредовые идеи (подозрительности, преследования, недоверии, настороженности, подозрительной бдительности, убеждение во враждебном отношении окружающих), трудности в организации целенаправленного потока мыслей (соскальзывания, непоследовательность, расплывчатость мышления), возбуждение (ускоренная речь, чрезмерная взволнованность, усиление двигательной функции, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, повышение уровня бодрствования,	бредовые идеи (величия, необоснованная убежденность в своем превосходстве, идеи обладания особыми способностями, богатством, знаниями, славой), «галлюцинации; купирование симптоматики после применения антипсихотиков

		<p>чрезмерно изменчивое настроение), гнев и неприязненное отношение, сарказмы, пассивно-агрессивное поведение, угрозы и открытое нападение;</p> <p>купирование симптоматики после применения антипсихотиков, дезинтоксикационной терапии</p>	
4	<p>Психопатологическая симптоматика эмоционально поведенческого регистра</p>	<p>проявляются в остром периоде: ослабление контроля импульсивности (нарушения регуляции и контроля внутренних побуждений в виде неожиданной, произвольной и нецеленаправленной разрядке напряжения и эмоций без учета возможных последствий); склонность к разрушающим действиям;</p> <p>напряженность (скованность в беседе, тремор, потливость, суетливость, двигательное беспокойство); тревога (нервозность, беспокойство, опасение или волнение, реакции паники); в постинтоксикационном периоде: повышение чувства вины (чаще связано с развитием бредового психоза, а также раскаянием или самообвинением по поводу реальных или воображаемых прошлых проступков); депрессивность;</p> <p>в отдаленном периоде: актуальны ослабление контроля импульсивности, внутреннее напряжение,</p>	<p>активная социальная отстраненность (уменьшении социальной активности, нежелание вступать в социальные контакты, необходимость в постоянном поощрении, неожиданность в прерывании контактов при появлении тревоги, подозрительного или враждебного отношения); манерность и позирование (неестественные движения и/или позы, что придает манере поведения неуклюжий, диспластичный или эксцентричный характер, застываемость в определенных позах); не типично чувство вины;</p>

		тревога	
5	Психопатологическая симптоматика волевого, когнитивного и моторного регистров	<p>в остром периоде интоксикации: снижение критичности к своему состоянию (анозогнозия, отрицании необходимости госпитализации или лечения); нарушение целенаправленного внимания (недостаток концентрации, повышенная отвлекаемость, трудности сосредоточения, поддержания, переключения на новые объекты); расстройства воли (неспособность добиваться поставленной цели, контролировать мысли, поведение, движения и речь); снижение темпа и продуктивности мышления; частичное нарушение ориентировки (поглощенность внутренними переживаниями, мыслями, чувствами или аутистическими фантазиями, что приводит к нарушению адаптации и ориентировки в окружающей ситуации); в период ближайших последствий: актуальны волевые нарушения, снижения критичности к состоянию, моторная заторможенность; в период отдаленных последствий: снижение критичности к состоянию за счет когнитивного снижения</p>	загруженность психическими переживаниями, нарушение внимания, необычное содержание мыслей, снижение критичности к своему состоянию
6	Продуктивные психотические симптомы в период отдаленных последствий (>13 дней)	расстройства невротического регистра (у лиц, отстававших в физическом развитии в детстве, с наличием первичного патологического	

		<p>влечения к ПАВ, отягощенной наследственностью по зависимостям от ПАВ); подозрительность, идеи преследования (у лиц со стажем употребления более трех лет и отстававших в физическом развитии в детстве); данные расстройства сохраняются при монотерапии антипсихотиками</p>	
7	Нейропсихологические особенности	<p>имеют более высокие показатели социального интеллекта, способности к научению, усвоению нового материала, сообразительности, высокой когнитивной гибкости (по WCST количество предъявленных карточек ≤ 106; количество карточек, пройденных для завершения первой категории $\leq 4,15$; количество ошибок, обусловленных фиксацией на прежнем задании $\leq 21,2$); количество ошибок «случайной сортировки карточек без правил» ≥ 10 - свидетельствующие о безответственности, безразличии к результатам своей деятельности, отсутствии целеустремленности в достижении результатов; по тесту «Таблицы Шульте» психические процессы с хорошей подвижностью (эффективность ≤ 53), вработываемостью ($\leq 0,95$), высокой истощаемостью ($\geq 1,1$)</p>	<p>имеют в специфике мышления соскальзываемость, побочные ассоциации, повышенную отвлекаемость (показатели «ошибок удержания счета» ≤ 5); по тесту «Таблицы Шульте» психические процессы с низкой подвижностью (эффективность ≥ 70), устойчивой вработываемостью ($\leq 0,95$) низкой истощаемостью ($\geq 1,1$).</p>

**Таблица 2 - ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ
УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ**

	Опиаты	Гашиш	Синтетические каннабиноиды
	Инттоксикация		
1	эйфория, благодушие, сужение сознания, сонливость, расслабленность, отрешенность от окружающего мира, ускорение темпа речи и смены ассоциаций, снижение внимания и запоминания, сужение зрачка, анестезия, бледность кожных покровов, гипотензия, брадикардия, снижение рефлексов, температуры тела, зуд кожи лица, тяжесть конечностей, гипомимичность лица, глаза полужакрыты	смешливость, благодушие, расслабленность, расслабленность, легкость в теле, медлительность, бездеятельность, ощущение собственной грандиозности, чувство замедления времени, повышение чувствительности к внешним стимулам (цвета яркие, звуки громкие), тахикардия, инъекированность склер, повышение аппетита, сухость во рту, тахикардия, мидриаз, нарушение координации и равновесия; при передозировках иногда психотические расстройства виде возбуждения, дереализация, деперсонализация, паника, страх, редко зрительные галлюцинации, бред преследования	бледность кожи, мидриаз, с сохраненной реакцией зрачков на свет, гипертонус, тахикардия; возбуждение (нарушение спонтанности и плавности речи, чрезмерная взволнованность, усиление двигательных функций, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, повышение уровня бодрствования, чрезмерно изменчивое настроение), гнев и неприязненное отношение, сарказмы, пассивно-агрессивное поведение, угрозы и открытое нападение; четко оформленные и устойчивые бредовые идеи (подозрительности, преследования, настороженности, недоверии, подозрительной бдительности, убеждение во враждебном отношении окружающих), трудности в организации

			<p>целенаправленного потока мыслей (соскальзывания, непоследовательность, расплывчатость мышления), ослабление контроля импульсивности (нарушения регуляции и контроля внутренних побуждений в виде неожиданной, немодулированной, произвольной и нецеленаправленной разрядке напряжения и эмоций без учета возможных последствий); склонность к разрушающим действиям; напряженность (скованность в беседе, тремор, потливость, суетливость, двигательное беспокойство); тревога (нервозность, беспокойство, опасение или волнение, реакции паники); снижение критичности к своему состоянию; нарушение целенаправленного внимания (недостаток концентрации, повышенная отвлекаемость, трудности сосредоточения, поддержания, переключения на новые объекты);</p>
--	--	--	--

Состояние отмены			
2	<p>тревога, беспокойство, неусидчивость, раздражительность, дисфория, бессонница, физическая слабость, расширение зрачка, мышечные суставные боли, зевота, слезотечение, частое чихание, ринорея, потливость, диарея, тахикардия, гипертензия, повышение температуры; Отсутствуют возбуждение, галлюцинаторно-бредовые переживания</p>	<p>апатия, вялость, раздражительность, дискомфорт, тревога, нарушение сна, отсутствие аппетита, тремор, потливость, тахикардия, редкие панические атаки, сенестопатии (чувство сдавливания в груди, затрудненное дыхание, неприятные ощущения в области сердца, чувство сжатия головы в височной области)</p>	<p>стереотипное мышление, нарушение абстрактного мышления (затруднение обобщения, конкретность и эгоцентричность при решении задач), повышение чувства вины (чаще связано с развитием бредового психоза, а также раскаянием или самообвинением по поводу реальных или воображаемых прошлых проступков); депрессивность; вегетативные нарушения: профузный пот, головные боли, кашель.</p>
Постабстинентный период			
3	<p>Снижение настроения, дисфория, психический дискомфорт, астения, расстройства сна, суицидальные мысли, ипохондрическая, тревожно-ипохондрическая симптоматика, аффективная лабильность с вечерней депрессивностью</p>	<p>«амотивационный синдром», апатия, вялость, непродуктивность деятельности, нарушение памяти, внимания, ипохондрические расстройства, хроническое обструктивное поражение легких</p>	<p>расстройства невротического регистра, подозрительность, идеи преследования, актуальны ослабление контроля импульсивности, внутреннее напряжение, тревога; расстройства воли (неспособность добиваться поставленной цели, контролировать мысли, поведение, движения и речь); снижение темпа и продуктивности</p>

			<p>мышления; частичное нарушение ориентировки (поглощенность внутренними переживаниями, мыслями, чувствами или аутистическими фантазиями, что приводит к нарушению адаптации и ориентировки в окружающей ситуации);</p>
--	--	--	---

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОШИБОК ОГРАНИЧЕНИЙ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Проведение представленного метода диагностики требует соблюдения правил при организации и проведении всех предлагаемых диагностических мероприятий. Особое внимание следует уделить сбору анамнестических сведений. Эти данные следует объективизировать информацией из других источников (родители, родственники, преподаватели и др.).

Следует строго соблюдать правила и рекомендации авторов предлагаемых опросников. При нарушении проведения процедур заполнения и обработки данных могут быть неверные – ложноположительные или ложноотрицательные результаты. Во избежание диагностических ошибок рекомендуется соблюдать правила работы с психологическими тестами.

Учитывая, что при формировании зависимых от ПАВ форм поведения, предполагается участие нескольких факторов, рекомендуется оценку степени риска производить с учетом их взаимовлияния и рассматривать данные только с учетом комплексной оценки.