



# Клинические формы психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов

В.В. Северцев<sup>1, 2</sup> ✉, А.А. Буданова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, г. Москва

<sup>2</sup> ФГБУ «Научно-практический токсикологический центр» ФМБА России; Россия, г. Москва

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Краснодар

## РЕЗЮМЕ

**Цель исследования:** изучение и систематизация психопатологических и клинических особенностей психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов.

**Материалы и методы.** Исследование являлось наблюдательным, сравнительным, проспективным. В исследовании участвовали 98 пациентов, проходивших лечение в отделении острых отравлений, отделении неотложной наркологической помощи и в линейном наркологическом отделении. По гендерному составу преобладали мужчины ( $n = 58$ ; 59,2%), женщины составили 40,8% ( $n = 40$ ). Медиана возраста — 30 лет ( $Q_1-Q_3$  — 22–33). На 1-м этапе исследования производился скрининг и включение пациентов в исследование в соответствии с критериями включения/невключения; на 2-м этапе производился анализ клинической картины психозов, в зависимости от ведущего синдрома пациенты были разделены на 3 группы; на 3-м этапе осуществлялось наблюдение за пациентами в течение 12 мес. Для объективизации оценки тяжести и динамики психотической симптоматики применялась шкала Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). На 3-м этапе в исследовании участвовали 79 человек, остальные пациенты отказались от продолжения участия спустя 2 мес или более.

**Результаты.** Выделены три основные клинические формы психотических расстройств, развивающихся вследствие употребления синтетических катинонов: делириозная, бредовая и полиморфная. Каждая из форм имела свои клинико-динамические особенности. Делириозная форма являлась наиболее тяжелой: в 1-е сутки у пациентов были зафиксированы самые высокие баллы по шкале BPRS ( $Me = 80$  (73–87)), но быстротечной: психоз разрешался в течение 1-х суток. При бредовой форме медиана баллов в 1-е сутки по шкале BPRS составила 65 (59–82), при полиморфной — 66 (43–76). Подавляющее большинство психозов (91,8%) развивались на фоне интоксикации. Часть психозов бредовой и полиморфной формы, которые развивались вне интоксикации, характеризовались длительным течением. Полиморфная форма — наиболее длительная, симптоматика сохранялась более 2 нед. Постпсихотические расстройства были представлены астеническими и невротическими (тревожно-депрессивными) расстройствами, наиболее выраженными и длительными (более 6 мес) у пациентов с полиморфной формой психоза.

**Заключение.** В исследовании было показано, что психозы с «экзогенной» клинической картиной (выраженным возбуждением и неспецифической психопатологической симптоматикой) проходят быстрее и психопатологические расстройства уходят одновременно с возбуждением. В то же время психозы с преобладанием психопатологических расстройств (бред, галлюцинации) характеризуются более длительным течением и требуют длительной терапии.

**Ключевые слова:** синтетические катиноны, ПАВ-индуцированные психозы, зависимость от стимуляторов, клинические формы психозов.

**Для цитирования:** Северцев В.В., Буданова А.А. Клинические формы психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов. Доктор.Ру. 2023;22(6):21–27. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-21-27

## Clinical Forms of Psychotic Disorders Associated with Synthetic Cathinone Consumption

V.V. Severtsev<sup>1, 2</sup> ✉, A.A. Budanova<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8 build. 2 Trubetskaya Str., Moscow, Russian Federation 119991

<sup>2</sup> Scientific and Practical Toxicology Center; 3 build. 7 Bolshaya Sukharevskaya Str., Moscow, Russian Federation 129090

<sup>3</sup> Kuban State Medical University; 4 Mitrofanina Sedina, Krasnodar, Russian Federation 350063

## ABSTRACT

**Aim:** study and analysis of psychopathological and clinical features of psychotic disorders associated with the use of synthetic cathinones.

**Materials and methods.** The study design was observational, comparative, prospective. The study involved 98 patients treated in the Acute Poisoning Unit, the Emergency Addiction Treatment Unit and the Line Addiction Treatment Unit. In terms of gender, males predominated ( $n = 58$ ; 59.2%), females accounted for 40.8% ( $n = 40$ ). Median age — 30 years ( $Q_1-Q_3$  — 22–33). In the first phase of the study, patients were screened and included in the study according to inclusion/non-inclusion criteria; in the second phase, the clinical picture of psychosis was analysed, depending on the leading syndrome patients were divided into three groups; In the third stage, patients were monitored for 12 months. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) was used to objectify the assessment of the severity and dynamics of psychotic symptoms. In the third stage there was 79 participants in the study, the rest of the patients refused to continue participation after 2 months or more.

✉ Северцев Всеволод Владиславович / Severtsev, V.V. — E-mail: severtsevmed@gmail.com



**Results.** There are three main clinical forms of psychotic disorders developing due to the use of synthetic cathinones: delirious, delusional, polymorphic. Each form had its own clinical and dynamical features. The delirious form was the heaviest: in the 1st day, patients had the highest score on the BPRS scale ( $Me = 80 (73-87)$ ), but transient: psychosis was resolved within 1 day. With delusional form, the median score in the 1st day on the BPRS scale was 65 (59–82), in polymorphic — 66 (43–76). The vast majority of psychoses (91.8%) developed during intoxication. Some psychoses of delusional and polymorphic form, which developed beyond intoxication lasted notably longer. The polymorphic form is the longest lasting, with symptoms lasting more than 2 weeks. Postpsychotic disorders were presented as asthenic and neurotic (anxiety-depressive) disorders, most pronounced and lasting (more than 6 months) in patients with a polymorphic form of psychosis. **Conclusion.** The study showed that psychoses with a «exogenous» clinical picture (psychomotor agitation and nonspecific psychopathological symptoms) pass faster and psychopathological disorders go away simultaneously with agitation. At the same time, psychoses with a predominance of psychopathological disorders (delusions, hallucinations) are characterized by a longer course and require long-term therapy. *Key words:* synthetic cathinones, SCath-induced psychoses, stimulant dependence, clinical forms of psychoses.

**For citation:** Severtsev V.V., Budanova A.A. Clinical forms of psychotic disorders associated with synthetic cathinones consumption. Doctor.Ru. 2023;22(6):21–27. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-21-27

## ВВЕДЕНИЕ

Распространенность психотических расстройств, связанных с употреблением современных ПАВ (СПАВ), в последнее десятилетие неуклонно растет. По данным аналитического обзора российской наркологической службы, распространенность психотических расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в 2019 г. составила 4,7 на 100 тыс. населения [1]. Несмотря на широкое распространение этих расстройств, в современной научной литературе данные о клинических особенностях психозов, связанных с употреблением синтетических катинонов (СК), представлены ограниченно. Самым масштабным исследованием, изучавшим психотические расстройства, вызываемые употреблением СПАВ, является обзор L. Orsolini и соавт. [2]. В нем авторы пробуют разделить «классический» и «синтетический» психозы, опираясь на клиническую картину. К признакам экзогенного («синтетического») психоза они относят сумеречное помрачение сознания, парафренный синдром, вторичный бред и псевдогаллюцинации, ажитацию. Признаками эндогенного («классического») психоза авторы называют ясное сознание, нарушения мышления, истинные галлюцинации, первичный систематизированный бред, пассивность, выхожденность аффекта. Такое разделение вызывает закономерные сомнения. В.Д. Менделевич в 2014 г. обращал внимание на рост «шизофреноморфных» расстройств среди психотических расстройств, вызываемых ПАВ [3]. И.В. Дубатова и соавт., описывая психозы, вызванные употреблением СК, указывали на их полиморфность и описывали широкий спектр наблюдаемых состояний: от делириозных до шизофреноподобных [4]. Вышеперечисленные данные демонстрируют, что исследователи преимущественно описывают общие для ПАВ-индуцированных психозов феномены, не уделяя пристального внимания психозам, характерным для каждого из видов СПАВ. В связи с этим наше исследование было сфокусировано на изучении клинической картины наиболее распространенных форм психозов, которые вызывают именно СК.

**Цель исследования:** изучение и систематизация психопатологических и клинических особенностей психотических расстройств, связанных с употреблением СК.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование являлось наблюдательным, сравнительным, проспективным. В исследовании в соответствии с критериями включения/невключения приняли участие 98 пациентов, проходивших лечение в отделении острых отравлений, отделении неотложной наркологической помощи и в линейном наркологическом отделении. По гендерному составу преобладали мужчины ( $n = 58; 59,2\%$ ), а женщины составили 40,8% ( $n = 40$ ). Медиана возраста — 30 лет ( $Q_1-Q_3$  — 22–33).

**Критерии включения:** возраст старше 18 лет, подписание информированного добровольного согласия на исследование, обнаружение в организме путем газовой хромато-масс-спектрометрии СК или их метаболитов, соответствие критериям следующих диагнозов по МКБ-10: «F15.0 Острая интоксикация стимуляторами», «F15.2 Синдром зависимости от стимуляторов», «15.3 Синдром отмены психостимуляторов», «F15.5 психотическое расстройство, связанное с употреблением стимуляторов», «T40.9 Острое отравление другими психодислептиками».

**Критерии не включения:** ранее установленный диагноз «F20 Шизофрения», «F25 Шизоаффективное расстройство», «G40 Эпилепсия»; а также острые или обострение хронических соматических и неврологических заболеваний, препятствующих участию в научном исследовании; обнаружение других ПАВ в биологических средах при химико-токсикологическом анализе; положительный анализ RW, ВИЧ; беременность.

На 1-м этапе исследования производились скрининг и включение пациентов в исследование в соответствии с критериями включения/невключения.

На 2-м этапе производился анализ клинической картины психозов, в зависимости от ведущего синдрома пациентов делили на группы.

С помощью токсикологического анализа, сбора анамнестических данных и клинической оценки уточняли этап употребления СК на момент развития психоза: интоксикация, синдром отмены или состояние после синдрома отмены (спустя более 10 сут с последнего употребления). В 1-е сутки психоза и после его разрешения (исчезновение психотической симптоматики или формирования устойчивой критики к ней) для объективизации оценки тяжести и динамики психотической симптоматики применяли шкалу BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale).

На 3-м этапе исследования осуществляли наблюдение за пациентами в течение 12 мес: ежемесячно проводили клиническую оценку состояния, спустя 6 и 12 мес — шкалирование с помощью BPRS. На 3-м этапе в исследовании участвовали 79 человек, остальные пациенты отказались от продолжения участия спустя 2 мес или более.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (ООО «Статтех», Россия). Количественные данные описывали с помощью медианы ( $Me$ ) и нижнего и верхнего квартилей ( $Q_1-Q_3$ ), т. к. распределение отличалось от нормального. Сравнение трех и более групп по количественному показателю выполняли с помощью критерия Краскела–Уоллиса, апостериорные сравнения — с помощью критерия Данна с поправкой Холма. При сравнении 3 и более зависимых совокупностей использовали непараметрический критерий Фридмана

с апостериорными сравнениями с помощью критерия Коновера–Имана с поправкой Холма. Достоверными считали данные с показателями  $p_{val} \leq 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психотические расстройства, связанные с употреблением СК, — неоднородная группа психозов, клиническая картина которых варьирует от краткосрочных бредовых расстройств до тяжелых психозов с помрачением сознания.

В результате наблюдения и анализа клинической картины были выделены три основные формы психозов: 1 — делириозная (*Delirium toxicus, DT*); 2 — бредовая (*Delusion, Del*); 3 — полиморфная (*Polymorphic, Poly*). Установлено, что независимо от ведущего синдрома психозы, вызванные употреблением СК, имеют общие признаки: психомоторное возбуждение, аффект страха, склонность к аутоагрессивным и гетероагрессивным поступкам.

DT — самая распространенная форма, регистрировалась в 58,2% случаев ( $n = 57$ ). Этот вид психоза соответствовал «экзогенному типу реакции» по К. Бонгефферу. Психоз развивался исключительно в интоксикации, непосредственно после употребления ПАВ либо в течение ближайших 3–4 ч (*табл. 1*).

Психоз отличался тяжестью: в 1-е сутки у пациентов были зафиксированы самые высокие баллы по шкале BPRS (80 (73–87)) в сравнении с двумя другими формами психозов. Наиболее часто регистрировались такие показатели, как «разорванность мышления», «вычурность поведения», «снижение комплаенса», «галлюцинации», «возбуждение», «нарушение ориентировки».

Клиническая картина в группе DT была представлена классической делириозной триадой: помрачение сознания, яркие истинные галлюцинации, выраженные соматовегетативные нарушения (повышение частоты дыхания и сердцебиения, повышение артериального давления, гипертонус мышц, гиперемия кожных покровов, потливость).

В течении делирия, развивающегося при употреблении СК, можно выделить 4 этапа: продромальный этап, этап развернутого делирия, этап разрешения психоза, этап постпсихотических расстройств. В отличие от алкогольного делирия, при употреблении СК динамика психоза лавинообразная с быстрым утяжелением психотической симптоматики и лишена большого количества предвестников и признаков делириозной готовности (*табл. 2*). В отличие от характерного для опьянения СК эйфорического аффекта и раскрепощенности, пациенты в продромальном периоде психоза становились тревожными, дисфоричными; психомоторное ускорение, вполне характерное для интоксикации психостимуляторами, приобретало картину хаотичного и бесцельного. Пациенты металась по помещению, перебирали вещи, могли начать разбирать или ломать предметы интерьера, объясняя это необходимостью что-то найти, жаловались на неприятные физические ощущения, зачастую сообщали о страхе смерти от сердечной катастрофы. В динамике при ухудшении состояния возникали парейдолические иллюзии, которые сменялись истинными галлюцинациями: пациенты сообщали, что видели насекомых, змей, страшные тени. В течение этого периода нарастала спутанность сознания, выявлялась дезориентировка в месте и времени, что знаменовало переход на этап развернутого делирия.

На этапе развернутого делирия для больных были характерны выраженное психомоторное возбуждение, хаотичное и непредсказуемое поведение, отсутствие адекватной реакции на внешние раздражители, нечленораздельная речь или разобщенные выкрики. Динамика состояния была волнообразной: периоды оглушения сменялись возбуждением. Периоды возбуждения и оглушения не были связаны со временем суток и не сопровождалась периодами «просветления», в отличие от характерного для алкогольного делирия течения.

Лечение делирия, вызванного употреблением СК, в первую очередь было направлено на снижение выраженности психомоторного возбуждения и коррекцию соматоневрологических расстройств. Для достижения седации использовались бензодиазепины (например, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин до 8 мг, диазепам до 20 мг), инъекционные формы антипсихотиков с седативным эффектом (например, галоперидол до 15 мг/сут, дроперидол до 15 мг/сут), а также средства для наркоза (например, пропофол до 1000 мг/сут).

Таблица 1 / Table 1

#### Период начала психоза в зависимости от формы психоза, n (%) Period of psychosis onset depending on the form of psychosis, n (%)

Период начала	Тип психоза		
	DT (n = 57)	Del (n = 17)	Poly (n = 24)
В интоксикации	57 (100,0)	15 (88,2)	18 (75,0)
В абстинентном синдроме	–	2 (11,8)	3 (12,5)
На фоне трезвости более 10 сут	–	–	3 (12,5)
Всего	98 (100)		

Таблица 2 / Table 2

#### Дифференциальная диагностика делирия Differential diagnosis of delirium

Клинические аспекты	Алкогольный делирий	СК-индуцированный делирий
Начало психоза	На 3–5-е сутки с момента последнего употребления алкоголя	Спустя 2–4 ч после употребления
Динамика состояния	Многочисленные предвестники	Стремительное начало без предвестников
Длительность	3–5 сут, характерно ухудшение состояния в ночные часы	1–3 сут, колебания возбуждения и оглушения с короткими интервалами
Внешне наблюдаемая симптоматика	Поведение, соответствующее галлюцинаторно-бредовой картине	Поведение хаотичное, нецеленаправленное, со склонностью к ауто- и гетероагрессии

Средняя длительность психоза составила 1 сут (табл. 3). Выход из этапа развернутого делирия сопровождался переходом в глубокий сон, который продолжался 12–14 ч. После пробуждения у пациентов прояснялось сознание, редуцировались галлюцинации. Большинство пациентов амнезировали события психоза частично или полностью, при распросах о содержании своих переживаний описывали лишь отрывочные воспоминания о транспортировке в медицинские учреждения. После этого наступал этап постпсихотических нарушений, характеризующийся возникновением неспецифических астеноневротических, когнитивных и аффективных нарушений (чаще всего — сниженное настроение, раздражительность). Длительность постпсихотических расстройств не превышала 10 сут. В подгруппе DT после выхода из психоза баллы по BPRS составили 33 (30–37). Это были самые низкие баллы среди всех форм психозов. Такие результаты отражают оценки проявлений расстройств по шкале BPRS как «очень незначительно» или «отсутствует» по всем показателям. В процессе дальнейшего наблюдения, на 6-м ( $V_2$ ) и на 12-м ( $V_3$ ) месяцах баллы по шкале BPRS составили 24 (19–31) и 23 (18–33) балла соответственно, что отражает минимальные оценки по всем показателям (табл. 4). Развитие этой формы психоза сами пациенты часто связывали с одномоментным употреблением большого количества СК.

2 форма — бредовая. Форма Del была представлена острым параноидом, регистрировалась у 17 (17,3%) пациентов. Эта форма чаще развивалась в интоксикации ( $n = 15$ ; 88,2%), а у 2 (11,2%) пациентов — в абстинентном синдроме (табл. 1). В подгруппе Del медиана баллов по шкале BPRS составила 65 (59–82). Для них были характерны высокие баллы показателей «тревога», «эмоциональный уход в себя», «напряженность», «подозрительность», «снижение комплаенса».

Таблица 3 / Table 3

**Длительность психоза в зависимости от формы**  
Duration of psychosis depending on the form of psychosis

Форма	Длительность психоза, сут		p
	Me	$Q_1-Q_3$	
DT ( $n = 57$ )	1	1–3	< 0,001*
Del ( $n = 17$ )	7	1–17	$p_{Del-DT} = 0,023$
Poly ( $n = 24$ )	10	3–21	$p_{Poly-DT} < 0,001$
Всего	$n = 98$		Критерий Краскела–Уоллиса

В течении психоза в подгруппе Del можно выделить 3 этапа: продромальный этап, этап непосредственно психоза, этап разрешения психоза. Эта форма психоза чаще возникала на фоне истощения в конце «марафона» или через несколько дней после.

Продромальный период обычно был представлен подозрительностью, тревогой, раздражительностью, неусидчивостью и астенией. Выраженность этих симптомов была умеренной и схожа с характерным состоянием для всех пациентов на исходе стимуляторного «марафона».

Переход к развернутому психозу обычно осуществлялся через своеобразное «озарение» — резкое обнаружение признаков преследования, ограбления, угрозы жизни или измены. Развивался острый бред паранойяльного содержания. Могли встречаться иллюзии или немногочисленные простые галлюцинации. Чаще всего происходило так: пациенты окончательно «осознавали», что спецслужбы, полиция или знакомые разместили в их квартире средства наблюдения. В некоторых случаях пациенты были убеждены, что преследователи не следят, но находятся в непосредственной близости (например, за дверью или во дворе). Поведение пациентов было направлено на предотвращение слежки либо защиту от преследователей: они проверяли дверной глазок, пытались обнаружить подслушивающие или видеоустройства в квартире или подъезде путем «демонтажа» плитусов, электрических щитков и стен, а иногда и сами устанавливали устройства для «шпионажа». Зачастую бреду сопутствовали отдельные простые галлюцинаторные явления в виде окликов (например, из-за стены или с улицы) или «теней» преследователей. Нередко пациенты на фоне страха встречи с преследователями наносили себе повреждения, чтобы «спрятаться» в больнице, либо активно требовали от родственников признаться в заговоре против них, либо признать факт супружеской измены. Из описания понятно, что иногда у этих пациентов возникал бред ревности. Он был особенно характерен для тех пациентов, которые практиковали использование ПАВ во время сексуальных действий. Бред ревности также возникал остро, с ощущением «озарения», после которого пациенты старались разоблачить измену. Подробная дифференциально диагностическая информация представлена в табл. 5.

Пациенты с бредовой формой независимо от фабулы сохраняли формальную критику к своим переживаниям в связи с чем могли диссимулировать и «создавать видимость» нормального поведения, но при подробном опросе, касавшемся бредовой фабулы, возбуждались и подробно рассказывали о ее содержании.

Таблица 4 / Table 4

**Сводная таблица баллов по шкале BPRS, Me ( $Q_1-Q_3$ )**  
Summary table of BPRS scale, Me ( $Q_1-Q_3$ )

Тип психоза	Этапы наблюдения				p
	BPRS $V_0$	BPRS $V_1$	BPRS $V_2$	BPRS $V_3$	
DT	80 (73–87) ( $n = 57$ )	33 (30–37) ( $n = 57$ )	24 (19–31) ( $n = 43$ )	23 (18–33) ( $n = 43$ )	< 0,001*
Del	65 (59–82) ( $n = 17$ )	38 (28–45) ( $n = 17$ )	23 (18–37) ( $n = 16$ )	22 (18–37) ( $n = 16$ )	< 0,001*
Poly	66 (43–76) ( $n = 24$ )	42 (33–51) ( $n = 24$ )	38 (28–43) ( $n = 22$ )	24 (21–31) ( $n = 22$ )	< 0,001*
p	0,003* $p_{Del-DT} = 0,028$ $p_{Poly-DT} = 0,010$	0,049* $p_{Poly-DT} = 0,048$	0,007* $p_{Poly-DT} = 0,008$ $p_{Poly-Del} = 0,033$	0,912	Критерий Краскела–Уоллиса
	Критерий Краскела–Уоллиса	Критерий Фридмана			

Дифференциальная диагностика бреда ревности  
Differential diagnosis of delirium of jealousy

Клинические аспекты	Алкогольный бред ревности	СК-индуцированный бред ревности
Предиспозиция	На фоне сформированного синдрома зависимости, начиная со 2-й стадии	Независимо от длительности употребления
Течение	Хроническое, многолетнее	Острое, связано с употреблением ПАВ
Преморбидные личностные черты	Параноидные черты: чувствительность к неудачам, подозрительность, озабоченность общей несправедливостью	Эпилептоидные черты: эксплозивность, напряженность инстинктивной сферы, вязкость мышления
Особенности клинической картины	Формируется постепенно, бред малого размаха, связан с психологически понятными предпосылками, построены причинно-следственные связи, убежденность в реальности фабулы прогрессирует на фоне продолжения алкоголизации	Возникает остро, через «озарение», причинно-следственные связи отсутствуют или носят формальный характер, обостряется на фоне употребления и угасает на фоне трезвости, полностью исчезает на фоне лечения

Терапия этой формы психоза была направлена на лечение непосредственно бреда и снижение аффективной напряженности, связанной с ним. Так как большая часть психозов была интоксикационного происхождения, зачастую было достаточно применения бензодиазепинов (например, бромдигидрохлорфенилбензодиазепина до 8 мг, диазепам до 20 мг) для снижения аффективного напряжения, бред проходил самопроизвольно. В случаях, когда бред не проходил на фоне лечения бензодиазепинами, использовались антипсихотики как «типичные» (галоперидол до 10 мг), так и «атипичные» (кветиапин до 400 мг, оланзапин до 15 мг).

Средняя длительность бредовой формы психоза составила 7 сут (табл. 3). Переход на этап разрешения психоза происходил путем нарастания астении и постепенного угасания аффективной заряженности бредовой фабулы. Так, в случаях краткосрочных психозов, продлившихся 1–2 сут, симптоматика полностью разрешалась после крепкого сна. А в случаях психозов, длившихся 5 дней и более, пациенты обычно становились сонливы, безразличны к окружающим событиям и могли проводить по 10–16 ч в постели в течение 2–3 дней, после чего возвращались к привычному ритму жизни и сообщали о том, что «находились в бреду».

Этап постпсихотических расстройств у этой категории пациентов не наблюдался. Баллы по шкале BPRS в подгруппе Del после выхода из психоза составили 38 (28–45). Оценки по показателям «тревога», «напряженность», «подозрительность» чаще соответствовали умеренно выраженным. При наблюдении, на 6-м ( $V_2$ ) и 12-м ( $V_3$ ) месяцах баллы по шкале BPRS составили 23 (18–37) и 22 (18–37) соответственно. То есть оценки по всем показателям соответствовали минимальным проявлениям или полному отсутствию симптомов (табл. 4).

3 форма — полиморфная. Форма Poly на уровне синдромов была представлена параноидным, депрессивно-параноидным и маниакальным синдромами. Такие психозы регистрировались у 24 (24,5%) пациентов. Психозы начинались в интоксикации ( $n = 18$ ; 75%), в абстинентном синдроме ( $n = 3$ ; 12,5%) и спустя более 10 дней после последнего употребления ( $n = 3$ ; 12,5%) (табл. 1). В подгруппе с полиморфной формой медиана баллов по шкале BPRS составила 66 (43–76), они складывались из показателей «тревога», «эмоциональный уход в себя», «напряженность», «подозрительность», «идеи величия» или «депрессивное настроение», «галлюцинации», «вычурность мышления».

В течении психоза Poly, как и при форме Del, можно выделить четыре этапа: продромальный, непосредственно психоза, его разрешения и постпсихотических расстройств. Длительность продромального этапа составляла 1–14 дней. У пациентов также формировался бред преследования, иногда возникали единичные слуховые галлюцинации, они становились замкнутыми, настроение становилось подавленным, нарушался ночной сон. Критика к этим явлениям сохранялась, состояние могло восприниматься пациентами как проявление абстинентного синдрома или как эффект самого наркотика. Спустя несколько дней наступал этап развернутого психоза даже в тех случаях, когда пациентам проводилась терапия антипсихотиками. Психотическая симптоматика у пациентов этой подгруппы была представлена галлюцинаторно-бредовым синдромом и зачастую включала в себя идеаторные автоматизмы (чаще всего пациенты описывали симптом открытости мыслей, реже — вложение мыслей извне) и псевдогаллюцинации (голоса внутри головы чаще незнакомых людей или сверхъестественных существ; некоторые пациенты внутренним взором наблюдали ауру вокруг других людей или видели сверхъестественные существа). Бред характеризовался вычурной фабулой, содержал идеи греховности (в этих случаях пациенты часто старались «замолить» свою жизнь или «выпросить прощения»), идеи величия (чаще всего это был бред особых способностей, когда пациентам казалось, что они могут менять мир по собственному желанию или же обладают способностью, которая сможет изменить мир), а также идеи преследования спецслужбами или неведомыми мировыми лидерами. Часто у этих пациентов встречался синдром Капгра: в медицинских работников они узнавали знакомых или утверждали, что среди сотрудников скрывается замаскированный преследователь.

Лечение полиморфной формы психоза включало коррекцию психомоторного возбуждения: назначались в основном антипсихотики с преобладанием седативного эффекта. Поскольку этот тип психозов требовал наиболее длительного лечения, предпочтительным было использование «атипичных» антипсихотиков, характеризующихся меньшим количеством возможных побочных эффектов.

Психозы в этой подгруппе были наиболее длительными, медиана составила 10 дней (табл. 3). На фоне адекватной антипсихотической терапии обычно спустя 5–7 дней у пациентов формировалась устойчивая критика к психотическим расстройствам, однако еще некоторое время они сообщали

о наличии эпизодических галлюцинаторных явлений (например, в шумном помещении слышали голоса, поступающие прямо в мозг), эпизодах идеаторных автоматизмов или возобновлении бреда. Появление критики обозначало переход к этапу разрешения психоза. На этом этапе пациенты чаще всего испытывали расстройства невротического уровня (тревога, сниженное настроение, расстройства сна (чаще всего трудности при засыпании и кошмарные сновидения), навязчивые мысли о своем будущем и психическом здоровье) и резидуальные психотические симптомы (отдельные галлюцинаторные явления, наплывы ощущений правдивости бреда, длившиеся несколько минут). Период разрешения психоза обычно длился несколько недель и плавно переходил в период постпсихотических расстройств с преобладанием астенических и невротических (тревожно-депрессивные) нарушений. В подгруппе Poly медиана баллов по шкале BPRS после выхода из психоза составила 42 (33–51) балла, это был самый высокий балл из всех форм психозов, и медиана составила 38 (28–48). Показатели «тревога», «напряженность» «эмоциональный уход в себя», «депрессивное настроение», «аффективное притупление» на этом этапе часто соответствовали оценкам «мягко выражено» или «умеренно выражено». К 12-му месяцу ( $V_3$ ) показатели в подгруппе Poly становились аналогичными с другими подгруппами и составили 24 (21–31) балла, т. е. проявления симптомов по всем показателям были минимальными (табл. 4).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Психотические расстройства, связанные с употреблением СК, — неоднородная группа психозов. Клиническая картина различается от «классической экзогенной» до шизофреноподобной. Психозы, связанные с употреблением СК, характеризуются выраженным психомоторным возбуждением, аффектом страха, склонностью к аутоагрессивным и гетероагрессивным поступкам.

В результате проведенного исследования были выделены три основные клинические формы психотических расстройств, развивающихся вследствие употребления СК: делириозная, бредовая и полиморфная. Каждая из форм имеет свои клинико-динамические особенности.

Подавляющее большинство психозов (91,8%) развиваются в интоксикации. Делириозная форма развивается только в интоксикации. Часть психозов бредовой и полиморфной форм, которые развиваются вне интоксикации, характеризуются длительным течением. Делириозная форма является наиболее тяжелой, но быстротечной: психоз разрешается в течение 1-х суток. Полиморфная форма — наиболее длительная, симптоматика сохраняется более 2 нед.

Постпсихотические расстройства представлены астеническими и невротическими (тревожно-депрессивными) расстройствами, наиболее выражены и длительны (более 6 мес) у пациентов с полиморфной формой психоза.

СК-индуцированный психоз может проявляться бредом ревности. Бред ревности при употреблении СК развивается остро на фоне интоксикации, полностью разрешается на фоне терапии и может повторяться при повторных употреблении СК. В отличие от алкогольного бреда ревности

СК-индуцированный бред не систематизирован, начинается с «озарения» и развивается на любой стадии зависимости.

В исследовании было показано, что психозы с «экзогенной» клинической картиной (выраженным возбуждением и неспецифической психопатологической симптоматикой) протекают быстрее, и психопатологические расстройства уходят одновременно с возбуждением. Психозы с преобладанием бреда и галлюцинаций характеризуются более длительным течением, соответственно, требуют длительной терапии.

Выбор лечебной тактики психозов, вызванных употреблением СК, основывается на ведущей симптоматике:

- в случае выраженного психомоторного возбуждения, которое не купируется бензодиазепинами, целесообразно использование типичных антипсихотиков;

- в случаях, когда психопатологическая симптоматика преобладает над возбуждением или они выражены равноценно, эффективно применение атипичных антипсихотиков. Учитывая профиль их безопасности и длительность терапии, такой выбор является предпочтительным.

Наибольшее число публикаций в современной литературе представлено описаниями клинических случаев, в которых сообщают о развитии делириозных, бредовых и сложных шизофреноподобных психозов [5–8]. Эти данные подтверждают и наши наблюдения. Описанные нами клинико-динамические особенности также соответствуют общим представлениям о существовании «экзогенных» и «эндогенных» типов психозов [9–11]. Распространенность в нашей выборке полиморфной формы, в рамках которой развивается шизофреноподобная симптоматика, подтверждает важность изучения этого феномена и построения дифференциально-диагностического вектора, что неоднократно подчеркивалось другими исследователями [12–14].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выделены три клинические формы психотических расстройств, возникающих при употреблении СК: делириозная, бредовая, полиморфная. Общие характерные черты: психомоторное возбуждение, аффект страха, склонность к аутоагрессивным и гетероагрессивным поступкам.

Делириозная форма в 100% случаев развивается в интоксикации, клиническая картина представлена делириозным синдромом, средняя длительность — 1 сут. Бредовая форма в 88,5% случаев развивается в интоксикации, в 11,8% случаев развивается в рамках абстинентного синдрома, клиническая картина представлена паранойальным синдромом, средняя длительность психоза — 7 сут. Полиморфная форма развивается в 75% случаев в интоксикации, в 12,5% случаев в абстинентном синдроме, в 12,5% случаев на фоне трезвости более 10 сут, клиническая картина представлена галлюцинаторно-бредовым синдромом, средняя длительность психоза — более 10 сут.

Постпсихотические расстройства проявляются неспецифическими астеническими, когнитивными и аффективными нарушениями. При делириозной форме длительность постпсихотических расстройств не превышала 10 сут, при бредовой форме постпсихотических расстройств не наблюдалось. При полиморфной форме преобладали астенические и невротические (тревожно-депрессивные) нарушения в течение 12 мес.

Тактика терапии психозов, вызванных употреблением СК, определяется выраженностью психомоторного возбуждения на этапе острых психопатологических нарушений, в дальнейшем — особенностями клинических проявлений.

**Вклад авторов / Contributions**

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Вклад каждого из авторов: Северцев В.В. — отбор, обследование, лечение пациентов, статистическая обработка данных, написание текста рукописи, утверждение рукописи для публикации; Буданова А.А. — обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи, анализ и интерпретация данных.

All authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication. Special contribution: Severtsev, V.V. — selection, examination, treatment of patients, statistical data processing, writing the manuscript, approval of the manuscript for publication; Budanova, A.A. — review of publications on the topic of the article, writing the text of the manuscript, analysis and interpretation of data.

**Конфликт интересов / Disclosure**

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование / Funding source**

Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

This study was not supported by any external sources of funding.

**Этическое утверждение / Ethics approval**

Участники исследования были проинформированы о целях и методологии исследования и предоставили письменное согласие на свое участие и публикацию данных. Исследование соответствовало положениям Хельсинкской декларации и было одобрено локальным этическим комитетом Сеченовского Университета, протокол № 33-20 от 25.11.2020.

Study participants were informed about the aims and methodology of the study and provided written consent for their participation and publication of data. The study complied with the provisions of the Declaration of Helsinki and was approved by the local ethics committee of Sechenov University, protocol No. 33-20 of November 25, 2020.

**Об авторах / About the authors**

Северцев Всеволод Владиславович / Severtsev, V.V. — ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. 119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; научный сотрудник ФГБУ «Научно-практический токсикологический центр» ФМБА России. 129090, Россия, г. Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3, стр. 7. eLIBRARY.RU SPIN: 5969-2020. <https://orcid.org/0000-0001-8712-3561>. E-mail: severtsevmed@gmail.com

Буданова Альбина Андреевна / Budanova, A.A. — ординатор кафедры психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России. 350063, Россия, г. Краснодар, ул. имени Митрофана Седина, д. 4. eLIBRARY.RU SPIN: 3750-8906. <https://orcid.org/0000-0002-5009-4194>. E-mail: albina\_rykova.dk@mail.ru

**ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES**

1. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н. и др. Деятельность Наркологической службы Российской Федерации в 2019–2020 годах. Аналитический Обзор. М.; 2022. 194 с. Kirzhanova V.V., Grigorova N.I., Bobkov E.N. et al. Activities of the Narcological Service of the Russian Federation in 2019–2020. Analytical Review. Moscow; 2022. 194 p. (In Russian).
2. Orsolini L., Chiappini S., Papanti D. et al. The bridge between classical and "synthetic"/chemical psychoses: towards a clinical, psychopathological, and therapeutic perspective. *Front. Psychiatry*. 2019;10:1–28. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00851
3. Менделевич В.Д. Психиатрия в эпоху аддиктологии: новые диагностические и терапевтические реалии. *Неврологический вестник*. 2015;47(2):5–15. Mendelevich V.D. Psychiatry in addiction medicine's era: new diagnostic and therapeutic realities. *Neurological bulletin*. 2015;47(2):5–15. (in Russian).
4. Дубатова И.В., Стоякин И.В., Карнаух К.А., Сафроненко А.В. Структурно-динамический анализ клинических проявлений и особенности терапии психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018;(1):36–41. Dubatova I.V., Stoyakin I.V., Karnaukh K.A., Safronenko A.V. Structural-dynamic analysis of clinical manifestations and features of psychotic disorders therapy in users of "designer" drugs. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018;(1):36–41 (in Russian). DOI: 10.26617/1810-3111-2018-1(98)-36-41
5. Федотов И.А., Володин Б.Ю., Новиков В.В. и др. Анализ клиники, подходов к терапии и исходов при делирии, вызванном воздействием синтетических катинонов: систематический обзор. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2023;11(2):257–270. Fedotov I.A., Volodin B.Yu., Novikov V.V. et al. Analysis of symptoms, approaches to therapy and outcomes of synthetic cathinone-induced delirium: systematic review. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2023;11(2):257–270. (in Russian). DOI: 10.23888/HMJ2023112257-270
6. Crespi C. Flakka-induced prolonged psychosis. *Case Reports in Psychiatry*. 2016;2016:1–2. DOI: 10.1155/2016/3460849
7. John M.E., Thomas-Rozza C., Hahn D. Bath salts abuse leading to new-onset psychosis and potential for violence. *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses*. 2017;11(2):120–124. DOI: 10.3371/CSRP.JOR0.061314
8. Schifano F., Napoletano F., Chiappini S. et al. New/emerging psychoactive substances and associated psychopathological consequences. *Psychol. Med.* 2021;51(1):30–42. doi:10.1017/S0033291719001727
9. Менделевич В.Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы. *Наркология*. 2014;13(7):93–100. Mendelevich V.D. Psychotic disorders due to drug use: current state of the problem. *Narcology*. 2014;13(7):93–100. (in Russian)
10. Сиволап Ю.П., Янушкевич М.В., Савченков В.А. Двойной диагноз: шизофрения и злоупотребление психоактивными веществами. *Неврологический вестник*. 2017;49(2):57–60. Sivolar Y.P., Yanushkevich M.V., Savchenkov V.A. The dual diagnosis: schizophrenia and substance abuse. *Neurological bulletin*. 2017;49(2):57–60. (in Russian). DOI: 10.17816/nb14070
11. Федотов И.А., Квадрон Д., Шустов Д.И. Индуцированные наркотическими веществами психозы и шизофрения: точки соприкосновения. *Российский медико-биологический вестник им академика И.П. Павлова*. 2020;28(4):593–604. Fedotov I.A., Quattrone D., Shustov D.I. Substance-induced psychosis and schizophrenia: the interaction point. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2020; 28(4):593–604. (in Russian). DOI: 10.23888/PAVLOVJ2020284593-604
12. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Ежкова Е.В. и др. Особенности клиники и терапии синдрома зависимости от нескольких психоактивных веществ у больных шизофренией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(4):63. Ivanets N.N., Vinnikova M.A., Ezhkova E.V. et al. Clinical presentations and therapy of polysubstance dependence in patients with schizophrenia. *Žurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(4):63. (in Russian). DOI: 10.17116/jnevro202112104163
13. Brunette M.F., Mueser K.T., Babbins S. et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophrenia Res.* 2018;194:4–12. DOI: 10.1016/j.schres.2017.06.039
14. Chan S.Y., Nickerson L.D., Pathak R. et al. Impact of substance use disorder on between-network brain connectivity in early psychosis. *Schizophrenia Bulletin Open*. 2022;3(1):sgac014. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgac014

Поступила / Received: 21.08.2023

Принята к публикации / Accepted: 02.10.2023