

**ПСИХИАТРИЯ В ЭПОХУ АДДИКТОЛОГИИ:  
НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАЛИИ**

*Владимир Давыдович Менделевич*

*Казанский государственный медицинский университет, кафедра медицинской и общей психологии,  
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, e-mail: mend@tbit.ru*

Реферат. Анализ новой психиатрической реальности показал, что за последние десятилетия кардинально изменилось соотношение заболеваемости психическими и наркологическими расстройствами, составляющее в настоящее время 1:2. Отмечено увеличение числа психотических расстройств вследствие употребления «новых (дизайнерских) наркотиков» без признаков зависимости. Специального изучения требует проблема увеличения частоты шизофреноформных картин психотических расстройств из-за употребления психоактивных веществ. Немаловажен анализ возможной роли каннабиноидов и психостимуляторов в этиологии и патогенезе шизофрении. Более пристального внимания требует и вопрос об этической обоснованности и целесообразности изучения терапевтических эффектов наркотических веществ в случаях резистентных психопатологических симптомов.

Ключевые слова: психиатрия, аддиктология, психозы, употребление наркотиков, новые наркотики, постмодернизм.

PSYCHIATRY IN ADDICTION MEDICINE'S ERA:  
NEW DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC REALITIES

Vladimir D. Mendelevich

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

The article is devoted to the analysis of new psychiatric reality. It is noted that for the last decades the ratio of incidence of mental and addictive disorders which makes one to two has now cardinally changed. The increase in number of psychotic disorders, owing to the use of "new (design) drugs" without dependence signs is noted. The problem of frequency rising of schizophreniform psychotic disorders needs special studying. The analysis of a possible role of cannabins and psychostimulans in a schizophrenia etiopathogenesis is important. The question of ethical validity and expediency of studying of therapeutic effects of psychoactive drugs in cases of resistant psychopathological symptoms needs closer attention too.

Key words: psychiatry, addiction medicine, psychoses, use of drugs, new drugs, postmodern.

Не вызывает сомнений тот факт, что развитие психиатрии имеет как сходства, так и различия с эволюцией других медицинских дисциплин. На изменения в психиатрии существенное влияние оказывают не столько общемедицинские, сколько социальные, культурные, религиозные и даже политические процессы

[1, 2, 4, 15, 22, 27, 38, 55, 56]. Диагностические критерии соматических заболеваний вырабатываются исключительно в кругу профессионалов на основании обнаружения биологических основ страданий человека, нарушающих его жизнедеятельность. Психиатрическая же диагностика, во-первых, не всегда может апеллировать к нейробиологическим (нейрофизиологическим) фактам и, во-вторых, исходит из принятых в обществе устойчивых представлений о нормативном психологическом функционировании и адекватном поведении индивида. Таким образом, внешние социально-психологические факторы способны кардинально изменять представления ученых о границах девиантных и патологических форм поведения человека и тем самым осуществлять некоторое вненаучное «давление» на разработку диагностических критериев психических и поведенческих расстройств. Кроме того, общественные процессы могут определять допустимость, целесообразность и этическую обоснованность использования тех или иных методов терапии в сфере психиатрии и наркологии вне зависимости от наличия или отсутствия доказательств, полученных в клинических исследованиях.

При создании и внедрении в практику диагностических классификаций психических и поведенческих расстройств (МКБ, DSM) [11] также не могли игнорировать складывающиеся в обществе устойчивые представления о норме и об отклонении от нее. Динамику научных представлений можно проследить на примере диагностики гомосексуализма в различные исторические периоды. В начале и середине прошлого века данный феномен в обществе однозначно расценивался как извращение. Психиатрами он был включен в перечень психической (поведенческой) патологии, предписывавший принудительную госпитализацию в психиатрические стационары с

применением разнообразных методов лечения – от кастрации и электросудорожной терапии до психофармакотерапии и лоботомии [32]. При этом у врачей не имелось никаких объективных (научных) доказательств того, что нетрадиционная сексуальная ориентация является результатом патологических церебральных или гормональных процессов. Диагностика строилась исключительно на факте неадекватного поведения гомосексуалиста. Изменение общественного мнения о гомосексуальном поведении переориентировало и психиатрический взгляд на проблему – в середине 70-х годов XX века такой диагноз из классификаций был изъят, что также происходило без опоры на какие бы то ни было научные доказательства.

**Новые диагностические реалии.** За последние годы прослеживается отчетливая тенденция к учащению диагностики таких расстройств, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), биполярное аффективное расстройство (БАР), расстройство аутистического спектра, что может быть связано как с реальным увеличением заболеваемости, так и с новыми теоретическими взглядами исследователей и даже с экспансией фарминдустрии в области психиатрии. По данным L. Batstra, M. Hadders-Algra, E.H. Nieuweg et al. [25], в США за последние 20 лет в 3 раза увеличилась частота диагностики СДВГ, удвоилась частота выявления БАР (у детей в 40 раз), более чем в 2 раза возросла частота постановки диагноза расстройств аутистического спектра.

В первой классификации психических расстройств (DSM-I), вышедшей в 1952 г., существовало всего 106 диагнозов. В новых классификациях (DSM-IV и DSM-V) психиатрам предоставляется возможность выставить диагнозы соответственно 297 и 282 расстройств (заболеваний) [32]. Таким образом, обнаруживается тенденция к расширению количества нозологических единиц, при этом увеличение числа диагнозов происходит в основном за счет выделения новых поведенческих расстройств. Так, к примеру, в МКБ-11 предлагается включить диагноз хординга (патологического накопительства), который до того признавался лишь поведенческим отклонением [37]. Сходный процесс “медиализации” поведенческой патологии проходили и гемблинг, и Интернет-аддикции и многие другие. В связи с тенденцией к расширению числа допустимой к диагностике психопатологии многие ученые зада-

ются вопросом – *следует ли признавать МКБ или DSM классификациями расстройств или систематикой девиантных форм поведения?* Подвергаются критике представленные в МКБ критерии диагностики многих патологий (гемблинга, расстройств зрелой личности и пр.). При этом отмечено [39], что психиатры из разных регионов мира часто расходятся в оценке диагностических критериев тех или иных психических и поведенческих расстройств. Совпадение и хороший уровень согласованности заключений ученых-экспертов наблюдались по вопросу диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства, хординга, биполярного аффективного расстройства I типа, компульсивного переедания, шизоаффективного расстройства. Низкий же уровень согласованности диагностических заключений был обнаружен при оценке алкогольной зависимости (расстройств, связанных с употреблением алкоголя), обсессивно-компульсивного личностного расстройства, смешанного тревожно-депрессивного расстройства и антисоциального расстройства личности.

Н. Katschnig [43] в своей статье «Являются ли психиатры вымирающим видом?» описал несколько кардинальных проблем современной психиатрии, блокирующих эволюционное развитие данной науки – дискуссионность современных диагностических критериев; необоснованные психиатрические диагнозы для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации; нехватка психиатров во многих странах; разочарование эффективностью психофармакотерапии; «экспансия» неврологов в область психиатрии (рекомендация заменить термин «психическое заболевание» на «болезнь мозга»). С точки зрения автора, *психиатрия в ближайшем будущем рискует быть поглощенной другой медицинской специальностью либо лишиться статуса медицинской науки.*

Наиболее дискуссионными диагностическими проблемами современной психиатрии являются отсутствие четких и достоверных дифференциально-диагностических критериев поведенческих расстройств и девиаций поведения, размывание границ между понятиями бреда в связи с широким распространением в обществе мистических убеждений и иррационализма. *Особо следует выделить проблему недоучета фактора «скрытой» наркотизации и игнорирования психотических эффектов новых ПАВ.*

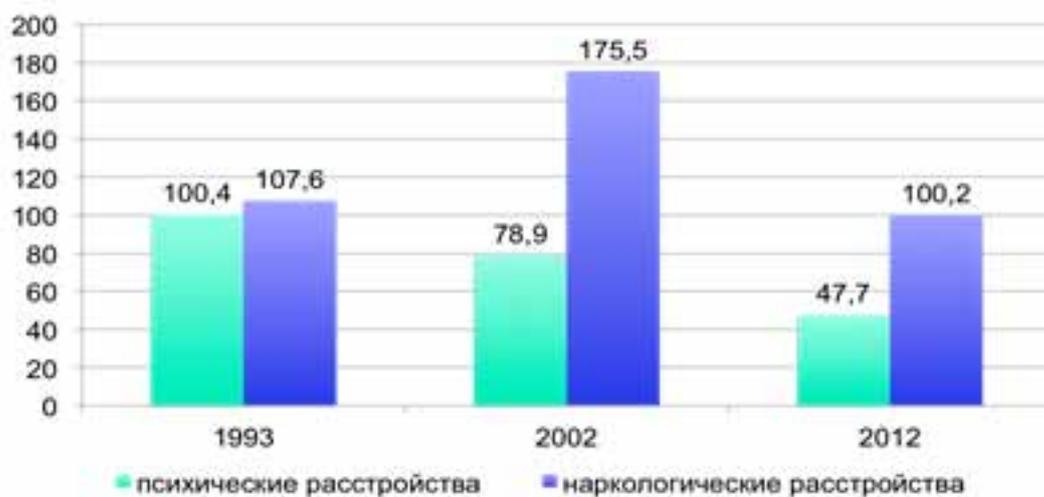


Рис. 1. Соотношение впервые выявленных случаев психических и наркологических расстройств (взяты под диспансерное наблюдение) в РФ на 100 тысяч населения.

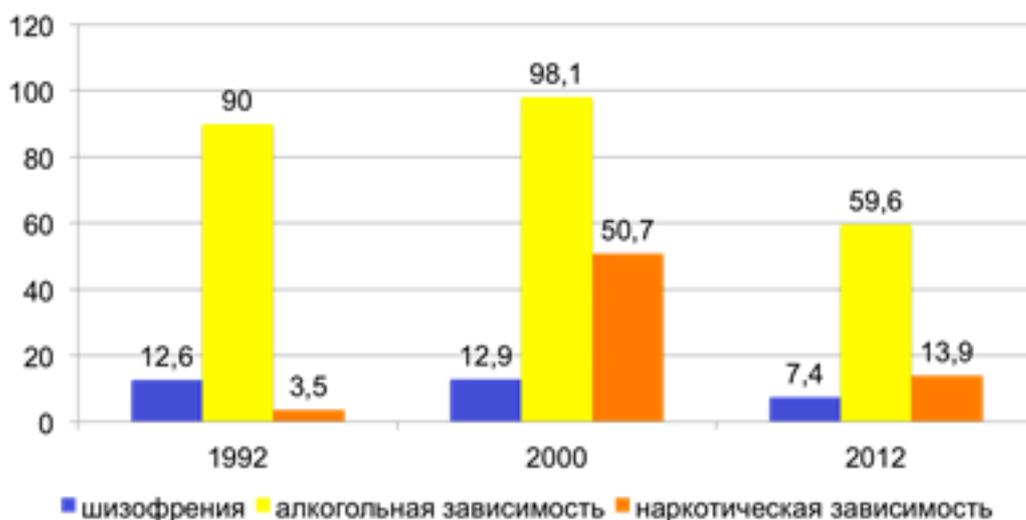


Рис. 2. Соотношение впервые выявленных случаев психических и наркологических расстройств (взяты под диспансерное наблюдение) по нозологиям на 100 000 населения

**Аддиктивные расстройства в контексте общей психопатологии.** Сравнительный анализ частоты и динамики заболеваемости психическими и наркологическими расстройствами в Российской Федерации, проведенный на основе статистических отчетов МЗ РФ [20], показал, что если в 1993 г. их соотношение составляло 1:1, то в 2002 – 1:2,2, а в 2012 – 1:2,1 (рис. 1). Выявленная динамика осуществлялась за счет увеличения заболеваемости как алкогольной, так и наркотической зависимостью (рис. 2). Обращает на себя внимание тот факт, что соотношение числа новых зарегистрированных случаев наркотической зави-

симости по сравнению, например, с шизофренией с 1993 по 2012 г. изменилось от минусовых значений (-3,6) до плюсовых (+3,9 в 2002 г. и +1,9 в 2012 г.).

При этом, несмотря на снижение заболеваемости по всем наркологическим расстройствам (показателям), с 2009 по 2012 г. зарегистрировано *увеличение в 2,8 раза числа госпитализаций, связанных с психотическими расстройствами вследствие употребления наркотических веществ* [9]. Данный факт обнаружен как в масштабах страны, так и по различным регионам РФ. В частности, А.А. Овчинниковым, О.Н. Патрикеевой

[16] с 2011 по 2013 г. был отмечен рост частоты психотических расстройств, связанных с употреблением наркотиков на 211% в Новосибирской области.

Подтверждением тенденции к увеличению числа подобных психозов в мире может служить и анализ динамики количества тематических публикаций в ведущих научных журналах (рис. 3).

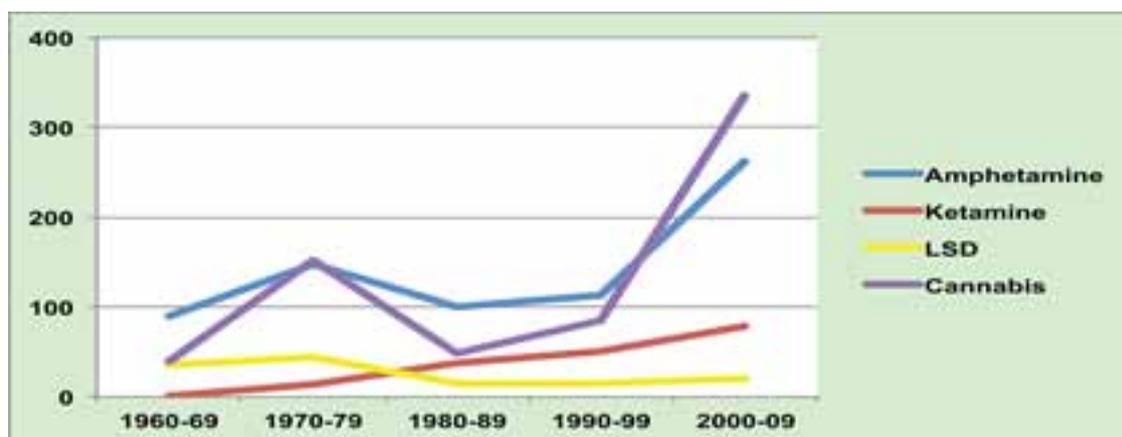


Рис. 3. Динамика числа публикаций (по данным «Pub. Med.») о психозах при употреблении наркотиков [53].

Результаты исследования А. Paparelli, М. Di Forti, P.D. Morrison et al. [53] показали существенный рост числа научных публикаций о психозах при употреблении наркотиков. За 40 лет число статей на тему психозов при употреблении каннабиноидов возросло в 7 раз, амфетаминов – в 3 раза, кетамина – также почти в 3 раза. Особенно отчетливой оказалась данная тенденция за последнее двадцатилетие. Можно предполагать, что рост количества публикаций коррелирует с частотой самого изучаемого явления и, следовательно, проблема психотических расстройств при употреблении наркотиков становится всё более актуальной.

*Кардинальным стал вопрос о том, происходит ли учащение психотических расстройств, связанных с наркотиками, по причине их более выраженной «психотогенности», или же эти ПАВ способны провоцировать развитие иной (например, эндогенной – шизофренической) психотической симптоматики?* Известно [48], что часть ПАВ имеет психотический потенциал («пропсихотические»), другая часть – «антипсихотический». К первой группе отнесены психостимуляторы и каннабиноиды, ко второй – опиоиды.

В клиническом плане обращает на себя внимание тенденция к видоизменению психопатологических проявлений психотических расстройств, вызывающих сомнение по поводу

правомерности концепции интоксикационных психозов. Традиционное представление об интоксикационных психозах базируется на понятии «острых экзогенно-органических реакций», описанного К. Vonhöffer более ста лет назад и характеризующегося оглушенностью, делирием, аменцией, экзогенным галлюцинозом, эпилептиформным возбуждением. Специалисты сегодня

убеждены, что нет никаких научных оснований обозначать последствия употребления многих ПАВ термином «интоксикация» [5, 12–14, 18, 19] и оценивать психические расстройства при них как исключительно экзогенно-органические. Ведь под интоксикацией традиционно принято понимать воздействие на организм токсинов, к которым относят высокомолекулярные соединения (белки, полипептиды и др.), при их попадании в организм происходит выработка антител. Наркотики же являются низкомолекулярными соединениями.

Современные наблюдения за пациентами с психотическими расстройствами вследствие употребления «новых наркотиков» позволяют утверждать, что клиническая картина их психических нарушений существенно отличается от классических экзогенно-органических психических расстройств [47]. Можно констатировать явную «шизофренизацию» таких психотических расстройств [50, 63, 64]. К примеру, в рамках «стимуляторных психозов» вследствие употребления амфетаминов, кокаина, катинона (мефедрона), эфедрина, метамфетаминов, метилфенидада (риталина) типичны галлюцинаторно-параноидная симптоматика, кататонический ступор и возбуждение, мании и шизофреноформные симптомы со шперрунгами, ментизмом,

резонерством [21, 30, 34, 36, 49, 67]. Несмотря на то что частота их возникновения обычно коррелирует с величиной дозы наркотика, она иногда определяется индивидуальной уязвимостью. Известны случаи регистрации психозов после употребления 50 мг амфетамина. Возникновению психозов способствуют инъекционный или ингаляционный способ употребления кокаина, метамфетаминов и меткатинонов, клинические признаки зависимости, многократное повторное употребление стимулятора в течение относительно короткого периода времени (несколько суток), психотические эпизоды в анамнезе, сопутствующее употребление ПАВ других фармакологических групп (алкоголь, бензодиазепины, каннабис) и длительная бессонница [62].

Современные исследования [48] подтверждают необходимость пересмотра концепции интоксикационных психозов по причине доминирования в клинической картине эндогенных психопатологических феноменов (см. табл.).

ЛСД), а слуховые – психостимуляторов (кокаина и амфетаминов), как и при шизофрении. Кроме того, в отличие от типичных картин параноида, при употреблении большинства перечисленных наркотиков мистические картины психоза встречаются чаще при приеме психоделиков.

По мнению ряда авторов, в процессе диагностики «интоксикационных психозов», связанных с ПАВ, нередко встречается гиподиагностика шизофрении. Это происходит не только по субъективным, но и по объективным причинам, к которым можно отнести процесс диссимуляции или искажения пациентом и его родственниками «объективного наркологического анамнеза». Диагностическим барьером становится также отсутствие у психиатров способов лабораторной верификации состояний наркотического опьянения. Кроме того, необлигатность связи между синдромом зависимости и психотическими расстройствами (исключая алкогольные психозы) также затрудняет диагностический процесс.

Таблица

Употребление ПАВ и психозы

	Каннабис	Амфетамины	Кокаин	Галлюциногены	Ингалянты	Алкоголь	Опиоиды
Клиника	агрессия	агрессия	паранойя	необыч. опыт	странные идеи	бред, галлюцинации	-
Интоксикация (И) или синдром отмены	И	И + синдром отмены	И + синдром отмены	И + синдром отмены	И + синдром отмены	И + синдром отмены	синдром отмены
Пол	м=ж	м=ж	м=ж	?	?	м=ж	?
Уязвимость	шизотип. диатез	психиатр. семейный анамнез	Паранойяльность в употр. кокаина	психот. семейный анамнез	психот. семейный анамнез	наличие психопатологии	наличие психопатологии
Нейротрансмиттерная система	эндоканнабиноидная	дофаминергическая	глутаматергическая	глутаматергическая	глутаматергическая	GABA	опиоидная

P.R. Corlett, C.D. Frith, P.C. Fletcher [33] отметили, что бредовые психозы чаще возникают при употреблении кетамина, каннабиноидов, амфетаминов, а галлюцинаторные – при ЛСД и повторных дозах амфетаминов. В. Rolland et al. [58] выявил специфику галлюцинаторных феноменов при употреблении ПАВ, сравнил ее с шизофренией. Оказалось, что зрительные галлюцинации чаще возникают при приеме диссоциативных анестетиков (кетамина) и психоделиков (псилоцибина и

Сегодня уже не секрет, что психозы часто могут возникать не только у наркозависимых, но и у лиц, эпизодически или даже однократно употреблявших ПАВ. Еще одним современным диагностическим барьером становится «размытие диагностических критериев шизофрении». Разработчики МКБ-11 поставили под сомнение диагностическую значимость симптомов первого ранга К. Шнайдера, признававшуюся базисной для классической психиатрии. Парадоксально,

но факт: в современной психиатрии встал вопрос о возврате к внемозологическому понятию – единому психозу.

Таким образом, *в психиатрии обнаружались «новые диагностические проблемы», связанные не только с появлением «новых наркотиков», обладающих повышенным психотическим потенциалом, но и с увеличенной частотой встречаемости шизофреноформных клинических картин наркологических расстройств.*

Как уже указывалось выше, у ученых отсутствуют достоверные данные о распространенности психозов при употреблении пациентами ПАВ (особенно в РФ) и причинно-следственной связи между употреблением наркотиков и возникающими психозами. Имеются лишь статистические показатели распространенности алкогольных психозов. Вероятнее всего, это связано с тем, что такие пациенты не состоят на учете в наркологических учреждениях в связи с отсутствием у них признаков зависимости от ПАВ, а также поскольку в РФ психиатрическая и наркологическая службы разведены и имеют разную статистику. Следует также учитывать то, что больные с психозами (особенно с шизофреноформными) не доставляются врачами скорой помощи в наркологические больницы и диспансеры, а оказываются в поле зрения психиатров.

Значимой проблемой для понимания процессов возникновения психотических расстройств при употреблении ПАВ является психическая коморбидность, т.е. важно понять, возникают ли такие психозы по экзогенному механизму без влияния психического преморбида или же для них принципиально наличие «психопатологического диатеза»? Известно, что более чем у 50% лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами (не считая алкоголя), имеется какое-либо сопутствующее психическое нарушение [65]: у 26% – аффективное расстройство (депрессия или мания, причем в 4,7 раза чаще, чем у незлоупотребляющих), у 28% – тревожное расстройство (в 2,5 раза чаще), у 17,8% – антисоциальное расстройство личности (в 13,4 раза чаще), у 6,8% – шизофрения (в 6,2 раза чаще). По данным J.A. Nemi-Pynttari, R. Sund, H. Putkonen et al. [51], психотические расстройства, вызванные употреблением наркотиков, являются предикторами шизофренического спектра нарушений. Восемилетний совокупный риск получить диагноз шизофрении составляет 46% у лиц, перенесших психоз вследствие злоупотребления каннабиса,

и 30% у перенесших амфетаминовый психоз. Сходные данные были получены А.Е. Личко и В.С. Битенским [10]. Авторы утверждали, что гашиш и марихуана служат провокаторами шизофрении, и шизофреноподобные психозы возникают только у лиц с эндогенной предрасположенностью. Если исходить из того, что в общей популяции распространенность шизофрении не превышает 1%, то данные о 15% заболевших психозами при хронической интоксикации гашишем свидетельствуют о высокой активности препаратов конопли в качестве провокаторов психозов с шизофреноподобной картиной. Это подтверждают результаты многих современных исследований [3, 17, 31, 35, 45, 46, 57, 59].

**Психиатрия в период постмодерна.** Как справедливо пишут Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева [6], в постмодернистском обществе, в противоположность предшествующим ему традиционному и современному, *наблюдается отчетливая тенденция к учащению ранее редко встречающихся нарушений, наряду с появлением новых, не выделявшихся в прошлом форм.* Серьезным вызовом проблеме психического здоровья в постсовременном обществе является увеличение числа лиц, индивидуально-психологические особенности которых, хотя и не настолько выражены, чтобы формально определяться термином “психическое расстройство”, но тем не менее предрасполагают к возникновению межличностных конфликтов, кризисов и адаптационных затруднений. Этот вид нарушений иногда называют “теневыми синдромами”, или “повреждающими психическими дисфункциями” [6]. Особенности, присущие постсовременному обществу, создают объективные условия для возникновения различных психологических и психических нарушений.

Процесс неснижающейся наркотизации населения мира и учащения девиантных форм аддиктивного поведения также связан с постмодернизмом и новыми тенденциями развития общества [66], т.е. можно утверждать, что он является закономерностью, а не случайностью. По мнению Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева [7], аддиктивные нарушения возникают в результате влияния следующих факторов: 1) нарастающий характер изменений на различных уровнях; 2) большая географическая подвижность населения; 3) информационный поток, личная ответственность за принятие решений; 4) фактор отсутствия времени; 5) ролевое поведение;

б) дефицитарность интимности; 7) отсутствие эмпатического созвучия; 8) слабая ментализация. При этом аддикции имеют тенденцию возникать на фоне диффузной идентичности и проявляться в структуре личностных расстройств и у лиц с пограничной личностной организацией. Кроме того, отмечается быстрый переход от осознанного влечения к автоматическим аддиктивным реализациям.

**Новые терапевтические реалии.** *Главный парадокс современной психиатрии заключается в противопоставлении нозологической диагностики и симптоматической терапии.* До настоящего времени терапия различных психопатологических синдромов проводится вне зависимости от их этиологии и патогенеза. Схемы и стандарты терапии параноидной формы при шизофрении идентичны лечению алкогольного бреда ревности или параноидного синдрома вследствие черепно-мозговой травмы. При этом отмечаются некоторые тенденции в терапии психических расстройств [41], в частности, за последние 10 лет в США количество выписанных рецептов на психотропные препараты увеличилось почти вдвое и составило более 250 миллионов штук для антидепрессантов (на общую сумму более 11 млрд \$) и почти 60 миллионов для антипсихотиков (почти 18 млрд \$). Кроме того, три препарата – арипипразол (абилифай), кветиапин (сероквель) и дулоксетин (симбалта) – вошли в десятку самых востребованных медицинских препаратов.

Новой тенденцией следует признать и то, что часть запрещенных ПАВ стала активно использоваться и продемонстрировала свою эффективность в терапии психических расстройств и заболеваний – депрессии, психозов, шизофрении, СДВГ. Целый пласт работ посвящен изучению эффективности кетамина в лечении депрессивных расстройств [8, 26, 60], метилфенидада в терапии СДВГ и некоторых неврологических заболеваний [23, 54]. Необычно для отечественных врачей могут звучать названия публикаций об “оздоравливающих эффектах марихуаны” [52], терапевтическом потенциале марихуаны в лечении шизофрении и иных психозов [44, 61]. Подобные исследования уже не являются единичными и не эпатируют мировое научное сообщество. Поиск новых подходов к терапии резистентных психопатологических феноменов входит в разряд приоритетных, что можно считать отражением постмодернистской парадигмы.

В терапии поведенческих расстройств стал доминировать подход, ориентированный на приоритетное использование не средств психофармакотерапии, а психотерапии и психокоррекции. Т.Т.М. Ingenhoven et al. [40] сформулировал основной принцип такой терапии: *«Психотерапия – где возможно, фармакотерапия – где необходимо»*. В прошлое уходит представление о целесообразности и эффективности использования такой психофармакологической группы, как «корректоры поведения» (антипсихотика типа неуплептила).

Перед современной психиатрией встал вопрос о том, что делать с пациентами, у которых наблюдаются стойкие, терапевтически резистентные психопатологические расстройства, существенно не влияющие на их психосоциальную адаптацию. Ответом на это стали добровольные объединения пациентов, например, «сеть слышащих голоса». Необходимость подобных организаций Р. Вакер [24] обосновал тем, что “в настоящее время психиатры ведут себя как родители. Моя цель – не изменить психиатрию, не изменить родителей, а предложить слышащим голоса организацию, посредством которой они могут освободить себя”. Сходные самоорганизации пациентов («анонимные наркоманы, алкоголики, гемблеры») долгие годы успешно работают в сфере наркологии [42], что следует признать ответом на новые постмодернистские психиатрические реалии.

**Психиатрия в поисках новой идентичности.** Таким образом, анализ новой психиатрической реальности показывает, что в последние десятилетия кардинально изменилось соотношение заболеваемости психическими и наркологическими расстройствами – в настоящее время оно составляет 1:2. Увеличение числа психотических расстройств вследствие употребления «новых (дизайнерских) наркотиков» без признаков зависимости поставило перед диагностами новые теоретические и практические задачи. Специального изучения требует проблема увеличения частоты шизофреноформных картин психотических расстройств в результате употребления ПАВ. Немаловажен анализ возможной роли каннабиноидов и психостимуляторов в этиологии и патогенезе шизофрении. В более пристальном внимании нуждается вопрос об этической обоснованности и целесообразности изучения терапевтических эффектов наркотических веществ в случаях резистентных психопатологических симптомов.

Правомочен вывод о том, что *психиатрия постмодерна находится в поисках новой идентичности* и что «постсовременная культура – это время для рождения новой психиатрии – «постпсихиатрии», основывающейся на идеях гуманизма и социальных наук» [29]. Можно согласиться с точкой зрения Р. Bracken, Ph. Thomas [28] о том, что современная психиатрия должна адаптироваться к «среде постмодерна», предлагающей «удивительно интересные и сложные задачи врачам и предоставляющей возможность переосмыслить свою роль и свои обязанности». В этом отношении аддиктологический контекст современной психиатрии создает новую реальность для теоретического осмысления роли ПАВ в этиологии и патогенезе эндогенных психических расстройств и переструктурирования деятельности психиатров.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брюханов А.В. Смена парадигмы в психиатрии: от неокантианства к метамодернизму // Таврический медико-биологический вестник. 2013. №1. ч. 3. С. 57–61.
2. Выгонский С. Психиатрический диагноз как феномен культуры // Медицина Юга России. 2001. №12 (73). С.12.
3. Дудин И.И. Зависимость от каннабиноидов в структуре сочетанной психической патологии по данным отдаленного анамнеза (клинический, клинико-эпидемиологический, социодемографический аспекты). Дисс. ... докт. мед.наук. М., 2009. 347 с.
4. Егоров А.Ю. Нейропсихология девиантного поведения. СПб: Речь, 2006. 224 с.
5. Зобин М.Л. Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечение. Часть III // Неврологический вестник. 2012. №1. С. 49–58.
6. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Номо Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Новосибирск: Изд. НГПУ, 2009. 248 с.
7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддикции в культуре отчуждения: Новосибирск: Изд. НГПУ, 2013. 434 с.
8. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Мельникова Ю.В. и др. Проблемы современной диагностики психических расстройств // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2012. №4. С. 7–11.
9. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гусева О.И. и др. Оказание наркологической помощи населению Российской Федерации в 2012 году // Вопросы наркологии. 2013. № 4. С. 14.
10. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство для врачей. Л.: Медицина: «Академический проект», 1997. 304 с.
11. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства. СПб, 1994. 304 с.
12. Менделевич В.Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Российский психиатрический журнал. 2003. № 1. С. 5–9.
13. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка // Наркология. 2010. №5. С. 94–100.
14. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. 2010. №5. С. 95–102.
15. Менделевич В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. 2010. №3. С. 21–27.
16. Овчинников А.А., Патрикеева О.Н. Синтетические каннабиноиды: психотропные эффекты, побочные действия, риски употребления // Медицина и образование в Сибири. 2014. №3. [http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1431](http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1431)
17. Патрикеева О.Н., Овчинников А.А., Кормилини О.М. Интоксикационные психозы у потребителей синтетических каннабиноидов // Наркология. 2015. №1. С. 41–44.
18. Ракин М.М. Психопатология наркоманий в свете учения о симптоматических психозах // Наркология. 2005. №4. С. 66–72.
19. Сиволап Ю.П. Основные понятия в наркологии. Представления об аддиктивной патологии // Наркология. 2008. №1. С. 83–90.
20. Социально значимые заболевания населения России в 2012 году (статистические материалы) // ФГБУ ЦНИИИЗ МЗ РФ. М., 2013. 26 с.
21. Addington J., Case N., Saleem M. et al. Substance use in clinical high risk for psychosis: a review of the literature // Early Interv Psychiatry. 2013. Vol. 14. P.12–22.
22. Anckarsäter H. Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications // Int. J. Law Psychiatry. 2010. Vol. 33 (2). P. 59–65.
23. Auriel E., Hausdorff J.M., Giladi N. Methylphenidate for the Treatment of Parkinson Disease and Other Neurological Disorders // Clin Neuropharmacol. 2008. Vol. 32 (2). P. 75–81.
24. Baker P. Hearing Voices: Openmind. 1989. № 40. P. 16–17.
25. Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E. et al. Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment // Developmental Medicine & Child Neurology. 2012. Vol. 54. P. 492–494.
26. Berman R.M., Cappiello A., Anand A. et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients // Biol. Psychiatry. 2000. Vol. 47. P. 351–354.
27. Bouras N., Ikkos G. Ideology, psychiatric practice and professionalism // Psychiatriki. 2013. Vol. 24 (1). P.17–26.
28. Bracken P., Thomas Ph. Postpsychiatry: a new direction for mental health // The British Medical Journal. 2001. Vol. 322. P. 724–727.
29. Bradley L. A spirited critique of the practice of psychiatry in the United States that argues for the democratization of psychiatric knowledge / Moving Beyond Prozac, DSM, and the New Psychiatry. The Birth of Postpsychiatry. Michigan Press. 2006. 216 p.
30. Bramness J.G., Gundersen Ø.H., Guterstam J. et al. Amphetamine-induced psychosis - a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? // BMC Psychiatry. 2012. Vol. 5. P. 212–221.
31. Celofiga A., Koprivsek J., Klavz J. Use of synthetic cannabinoids in patients with psychotic disorders: case series // J. Dual Diagn. 2014. Vol. 10 (3). P. 168–173.
32. Christmas D. DSM-5: Fictions, Fallacies, and the Future of Classification. [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas\\_DSM-5FFFC.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas_DSM-5FFFC.pdf)

33. Corlett P.R., Frith C.D., Fletcher P.C. From drugs to deprivation: a Bayesian framework for understanding models of psychosis // *Psychopharmacology*. 2009. Vol. 206 (4). P. 515–530.
34. Curran C. et al. Stimulant psychosis: systematic review // *The British Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 185. P. 196–204.
35. Dervaux A., Laqueille X., Bourdel M.C. et al. Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates // *Encephale*. 2003. Vol. 29 (1). P. 11–17.
36. Dore G, Sweeting M. Drug-induced psychosis associated with crystalline methamphetamine // *Australasian Psychiatry*. 2006. Vol. 14 (1). P. 86–89.
37. Fontenelle L.F., Grant J.E. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11? // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2014. Vol. 36. P. 28–39.
38. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis // *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12. P. 111–112.
39. Freeman R., Lewis D., Michels R. et al. The initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns // *Am. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 170. P. 1–5.
40. Ingenhoven T., Lafay P., Rinne T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials // *J. Clin. Psychiatry*. 2010. Vol. 71 (1). P. 14–25.
41. Insel T. Director's Blog: Treatment Development: The Past 50 Years. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2011/treatment-development-the-past-50-years.shtml>
42. Humphreys K., Blodgett J.C., Wagner T.H. Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials // *Alcohol Clin. Exp. Res*. 2014. Vol. 38 (11). P. 2688–2694.
43. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession // *World Psychiatry*. 2010. Vol. 9. P. 21–28.
44. Kucerova J., Tabiova K., Drago F., Micale V. Therapeutic Potential of Cannabinoids in Schizophrenia // *Recent Pat CNS Drug Discov*. 2014. Mar 6. P. 44–48.
45. Kuepper R., Winkel R., Henquet C. Cannabis use and the risk of psychotic disorders. // *Tijdschr Psychiatr*. 2013. Vol. 55 (11). P. 867–872.
46. Large M., Mullin K., Gupta P. et al. Systematic meta-analysis of outcomes associated with psychosis and co-morbid substance use // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2014. Mar 3. P. 109–135.
47. Liechti M.E. Novel psychoactive substances (designer drugs): overview and pharmacology of modulators of monoamine signaling // *Medical intelligence*. 2015. Vol. 145. W. 14043.
48. Maremmani A.G.I., Rovai L., Rugani F. et al. Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids // *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2014. Vol. 18. P. 287–302.
49. McKetin R., McLaren J., Lubman D.I. et al. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users // *Addiction*. 2006. Vol. 101 (10). P. 1473–148.
50. McLoughlin B.C., Pushpa-Rajah J.A., Gillies D. et al. Cannabis and schizophrenia // *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 14;10:CD004837.
51. Niemi-Pynttari J.A., Sund R., Putkonen H. et al. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases // *J. Clin. Psychiatry*. 2013. Vol. 74 (1). P. 94–99.
52. Nixon P.J. Health effects of marijuana: a review // *Pac. Health Dialog*. 2006. Vol. 13 (2). P. 123–129.
53. Paparelli A., Di Forti M., Morrison P.D. et al. Drug-induced psychosis: how to avoid star gazing in schizophrenia research by looking at more obvious sources of light // *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2011. Vol. 5. P. 1–9.
54. Pearson D.A., Santos C.W., Aman M.G. et al. Effects of extended release methylphenidate treatment on ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and associated behavior in children with autism spectrum disorders and ADHD symptoms // *J. Child. Adolesc Psychopharmacol*. 2013. Vol. 23 (5). P. 337–351.
55. Petho B. Recent crisis of psychiatry in the context of modern and postmodern science // *Psychiatr Hung*. 2008. Vol. 3 (6). P. 396–419.
56. Pinna F., Del Vecchio V., Luciano M. et al. Shall psychiatry change its target? Reflections on the evolving role of psychiatry // *Riv. Psychiatr*. 2015. Vol. 50 (1). P. 3–7.
57. Radhakrishnan R., Wilkinson S.T., D'Souza D.C. Gone to pot – a review of the association between cannabis and psychosis // *Frontiers in Psychiatry. Addictive Disorders and Behavioral Dyscontrol*. 2014. Vol. 5. Article 54. P. 2–24.
58. Rolland B., Jardri R., Amad A. Pharmacology of Hallucinations: Several Mechanisms for One Single Symptom? // *BioMed Research International*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/307106>
59. Rosenthal R.N., Miner C.R. Differential diagnosis of substance-induced psychosis and schizophrenia in patients with substance use disorders // *Schizophr Bull*. 1997. Vol. 23 (2). P. 187–193.
60. Rot M., Zarate C.A. Jr., Charney D.S. et al. Ketamine for Depression: Where Do We Go from Here? // *Biol. Psychiatry*. 2012. Vol. 72 (7). P. 537–547.
61. Schubart C.D., Sommer I.E., Fusar-Poli P. et al. Cannabidiol as a potential treatment for psychosis // *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014. Vol. 24 (1). P. 51–64.
62. Srisurapanont M., Ali R., Marsden J. et al. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2003. Vol. 6 (4). P. 347–352.
63. van der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of Spice. // *Shizophr. Res*. 2011. Vol. 130, № 1-3. P. 285–286.
64. Vandrey R., Dunn K.E., Fry J.A. et al. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids) // *Drug. Alcohol. Depend*. 2012. Vol. 120, № 1-3. P. 238–241.
65. Warner L.A., Kessler R.C., Hughes M. et al. Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity // *Survey. Arch. Gen. Psychiatr*. 1995. Vol. 52. P. 219–229.
66. Whitley R. Postmodernity and mental health // *Harv Rev Psychiatry*. 2008. Vol. 16 (6). P. 352–364.
67. Yui K., Ikemoto S., Ishiguro T. et al. Studies of amphetamine or methamphetamine psychosis in Japan: relation of methamphetamine psychosis to schizophrenia // *Ann. N. Y. Acad. Sci*. 2000. Vol. 914. P. 1–12.

#### REFERENCES

1. Bryukhanov A.V. *Tavrisheskii mediko-biologicheskii vestnik*. 2013. №1. Pt. 3. pp. 57–61. (in Russian)
2. Vygoniskii S. *Meditsina Yuga Rossii*. 2001. №12 (73). P. 12. (in Russian)
3. Dudin I.I. *MD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2009. 347 p. (in Russian)
4. Egorov A.Yu. *Neiropsikhologiya deviantnogo povedeniya*. St.Petersburg: Rech', 2006. 224 p. (in Russian)

5. Zobin M.L. *Nevrologicheskii vestnik*. 2012. №1. pp. 49–58. (in Russian)
6. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Nomom Postmodernus. Psikhologicheskie i psikhicheskie narusheniya v postmodernistskom mire*. Novosibirsk: Izd. NGPU, 2009. 248 p. (in Russian)
7. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Addiktii v kul'ture otchuzhdeniya*. Novosibirsk: Izd. NGPU, 2013. 434 p. (in Russian)
8. Kotsyubinskii A.P., Sheinina N.S., Mel'nikova Yu.V. et al. *Obozrenie psikhologii i meditsinskoj psikhologii*. 2012. №4. pp. 7–11. (in Russian)
9. Koshkina E.A., Kirzhanova V.V., Guseva O.I. et al. *Voprosy narkologii*. 2013. № 4. P. 14. (in Russian)
10. Lichko A.E., Bitenskii V.S. *Podrostkovaya narkologiya: rukovodstvo dlya vrachei*. Leningrad: Meditsina: «Akademicheskii proekt», 1997. 304 p. (in Russian)
11. *Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em (MKB-10). Psikhicheskie i povedencheskie rasstroistva*. St.Petersburg, 1994. 304 p. (in Russian)
12. Mendelevich V.D. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2003. № 1. pp. 5–9. (in Russian)
13. Mendelevich V.D. *Narkologiya*. 2010. №5. pp. 94–100. (in Russian)
14. Mendelevich V.D. *Voprosy narkologii*. 2010. №5. pp. 95–102. (in Russian)
15. Mendelevich V.D. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal*. 2010. №3. pp. 21–27. (in Russian)
16. Ovchinnikov A.A., Patrikeeva O.N. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri*. 2014. №3. [http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1431](http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1431) (in Russian)
17. Patrikeeva O.N., Ovchinnikov A.A., Kormilina O.M. *Narkologiya*. 2015. №1. pp. 41–44. (in Russian)
18. Rakitin M.M. *Narkologiya*. 2005. №4. pp. 66–72. (in Russian)
19. Sivolap Yu.P. *Narkologiya*. 2008. №1. pp. 83–90. (in Russian)
20. *Sotsial'no znachimye zabolovaniya naseleniya Rossii v 2012 godu (staticheskie materialy): Tsentral'nyi nauchno-issledovatel'skii institut organizatsii informatizatsii zdravookhraneniya Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii*. Moscow, 2013. 26 p. (in Russian)
21. Addington J., Case N., Saleem M. et al. Substance use in clinical high risk for psychosis: a review of the literature. *Early Interv Psychiatry*. 2013. Vol. 14. pp.12–22.
22. Anckarsäter H. Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications. *Int. J. Law Psychiatry*. 2010. Vol. 33 (2). pp. 59–65.
23. Auriel E., Hausdorff J.M., Giladi N. Methylphenidate for the Treatment of Parkinson Disease and Other Neurological Disorders. *Clin Neuropharmacol*. 2008. Vol. 32 (2). pp. 75–81.
24. Baker P. *Hearing Voices: Openmind*. 1989. № 40. pp. 16–17.
25. Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E. et al. Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2012. Vol. 54. pp. 492–494.
26. Berman R.M., Cappiello A., Anand A. et al. Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol. Psychiatry*. 2000. Vol. 47. pp. 351–354.
27. Bouras N., Ikkos G. Ideology, psychiatric practice and professionalism. *Psichiatriki*. 2013. Vol. 24 (1). pp. 17–26.
28. Bracken P., Thomas Ph. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *The British Medical Journal*. 2001. Vol. 322. pp. 724–727.
29. Bradley L. A spirited critique of the practice of psychiatry in the United States that argues for the democratization of psychiatric knowledge / *Moving Beyond Prozac, DSM, and the New Psychiatry. The Birth of Postpsychiatry*. Michigan Press. 2006. 216 p.
30. Bramness J.G., Gundersen Ø.H., Guterstam J. et al. Amphetamine-induced psychosis - a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? *BMC Psychiatry*. 2012. Vol. 5. pp. 212–221.
31. Celofiga A., Koprivsek J., Klavz J. Use of synthetic cannabinoids in patients with psychotic disorders: case series. *J. Dual Diagn*. 2014. Vol. 10 (3). pp. 168–173.
32. Christmas D. DSM-5: Fictions, Fallacies, and the Future of Classification. [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas\\_DSM-5FFFC.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas_DSM-5FFFC.pdf)
33. Corlett P.R., Frith C.D., Fletcher P.C. From drugs to deprivation: a Bayesian framework for understanding models of psychosis. *Psychopharmacology*. 2009. Vol. 206 (4). pp. 515–530.
34. Curran C. et al. Stimulant psychosis: systematic review *The British Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 185. pp. 196–204.
35. Dervaux A., Laqueille X., Bourdel M.C. et al. Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Encephale*. 2003. Vol. 29 (1). P. 11–17.
36. Dore G, Sweeting M. Drug-induced psychosis associated with crystalline methamphetamine. *Australasian Psychiatry*. 2006. Vol. 14 (1). pp. 86–89.
37. Fontenelle L.F., Grant J.E. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2014. Vol. 36. pp. 28–39.
38. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12. pp. 111–112.
39. Freeman R., Lewis D., Michels R. et al. The initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns. *Am. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 170. pp. 1–5.
40. Ingenhoven T., Lafay P., Rinne T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J. Clin. Psychiatry*. 2010. Vol. 71 (1). pp. 14–25.
41. Insel T. Director's Blog: Treatment Development: The Past 50 Years. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2011/treatment-development-the-past-50-years.shtml>
42. Humphreys K., Blodgett J.C., Wagner T.H. Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. *Alcohol Clin. Exp. Res*. 2014. Vol. 38 (11). pp. 2688–2694.
43. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*. 2010. Vol. 9. pp. 21–28.
44. Kucerova J., Tabiova K., Drago F., Micale V. Therapeutic Potential of Cannabinoids in Schizophrenia // *Recent Pat CNS Drug Discov*. 2014. Mar 6. pp. 44–48.
45. Kuepper R., Winkel R., Henquet C. Cannabis use and the risk of psychotic disorders. *Tijdschr Psychiatr*. 2013. Vol. 55 (11). pp. 867–872.
46. Large M., Mullin K., Gupta P. et al. Systematic meta-analysis of outcomes associated with psychosis and co-morbid substance use. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2014. Mar 3. pp. 109–135.
47. Liechti M.E. Novel psychoactive substances (designer drugs): overview and pharmacology of modulators of monoamine signaling. *Medical intelligence*. 2015. Vol. 145. W. 14043.

48. Maremmani A.G.I., Rovai L., Rugani F. et al. Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2014. Vol. 18. pp. 287–302.
49. McKetin R., McLaren J., Lubman D.I. et al. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction*. 2006. Vol. 101 (10). pp. 1473–148.
50. McLoughlin B.C., Pushpa-Rajah J.A., Gillies D. et al. Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 14;10:CD004837.
51. Niemi-Pynttari J.A., Sund R., Putkonen H. et al. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases. *J. Clin. Psychiatry*. 2013. Vol. 74 (1). pp. 94–99.
52. Nixon P.J. Health effects of marijuana: a review. *Pac. Health Dialog*. 2006. Vol. 13 (2). pp. 123–129.
53. Paparelli A., Di Forti M., Morrison P.D. et al. Drug-induced psychosis: how to avoid star gazing in schizophrenia research by looking at more obvious sources of light. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2011. Vol. 5. pp. 1–9.
54. Pearson D.A., Santos C.W., Aman M.G. et al. Effects of extended release methylphenidate treatment on ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and associated behavior in children with autism spectrum disorders and ADHD symptoms. *J. Child. Adolesc Psychopharmacol*. 2013. Vol. 23 (5). pp. 337–351.
55. Petho B. Recent crisis of psychiatry in the context of modern and postmodern science. *Psychiatr Hung*. 2008. Vol. 3 (6). pp. 396–419.
56. Pinna F., Del Vecchio V., Luciano M. et al. Shall psychiatry change its target? Reflections on the evolving role of psychiatry. *Riv. Psichiatr*. 2015. Vol. 50 (1). pp 3–7.
57. Radhakrishnan R., Wilkinson S.T. D'Souza D.C. Gone to pot – a review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in Psychiatry. Addictive Disorders and Behavioral Dyscontrol*. 2014. Vol. 5. Article 54. pp. 2–24.
58. Rolland B., Jardri R., Amad A. Pharmacology of Hallucinations: Several Mechanisms for One Single Symptom? *BioMed Research International*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/307106>
59. Rosenthal R.N., Miner C.R. Differential diagnosis of substance-induced psychosis and schizophrenia in patients with substance use disorders. *Schizophr Bull*. 1997. Vol. 23 (2). pp. 187–193.
60. Rot M., Zarate C.A. Jr., Charney D.S. et al. Ketamine for Depression: Where Do We Go from Here? *Biol. Psychiatry*. 2012. Vol. 72 (7). P. 537–547.
61. Schubart C.D., Sommer I.E., Fusar-Poli P. et al. Cannabidiol as a potential treatment for psychosis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014. Vol. 24 (1). pp. 51–64.
62. Srisurapanont M., Ali R., Marsden J. et al. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2003. Vol. 6 (4). pp. 347–352.
63. van der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of Spice. *Shizophr. Res*. 2011. Vol. 130, № 1-3. pp. 285–286.
64. Vandrey R., Dunn K.E., Fry J.A. et al. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). *Drug. Alcohol. Depend*. 2012. Vol. 120, № 1-3. pp. 238–241.
65. Warner L.A., Kessler R.C., Hughes M. et al. Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States. Results from the National Comorbidity. *Survey. Arch. Gen. Psychiatr*. 1995. Vol. 52. pp. 219–229.
66. Whitley R. Postmodernity and mental health. *Harv Rev Psychiatry*. 2008. Vol. 16 (6). pp. 352–364.
67. Yui K., Ikemoto S., Ishiguro T. et al. Studies of amphetamine or methamphetamine psychosis in Japan: relation of methamphetamine psychosis to schizophrenia. *Ann. N. Y. Acad. Sci*. 2000. Vol. 914. pp. 1–12.

Поступила 14.04.15.