

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ
(ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ)**

1. Вводная часть:**1.1. Код(ы) МКБ-10:**

МКБ-10	
Код	Название
F12	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов.
F12.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Острая интоксикация.
F12.03	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Острая интоксикация с делирием.
F12.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Пагубное употребление.
F12.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Синдром зависимости.
F12.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Синдром отмены.
F12.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Психотическое расстройство.

1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2018 год.**1.3. Сокращения, используемые в протоколе:**

АД	–	артериальное давление
в/в	–	внутривенно
в/м	–	внутримышечно
ИППП	–	инфекции передающиеся половым путем
НЛП	–	нейролингвистическое программирование
МКБ 10	–	Международная классификация болезней
МСР	–	медико-социальная реабилитация
ПАВ	–	психоактивное вещество/психоактивные вещества
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
РЭГ	–	реоэнцефалография
РКИ	–	рандомизированные клинические исследования
УД	–	уровень доказательности

УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЭКГ	–	электрокардиографическое исследование
ЭХО-ЭС	–	эхоэнцефалография
JWH	–	John W. Huffman (название ПАВ по имени автора)

1.4. Пользователи протоколов: врачи-психиатры, врачи-наркологи, врачи – токсикологи, врачи общей практики, терапевты, врачи скорой медицинской помощи, фельдшера, психотерапевты.

1.5. Категория пациентов: взрослые.

1.6. Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

1.7. Определение.

ППР, вызванные употреблением каннабиноидов - комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса ПАВ из группы каннабиноидов начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для пациента [15].

1.8. Клиническая классификация

- I первая (начальная) стадия;
- II вторая (средняя) стадия;
- III третья (конечная) стадия.

Классификация по типу потребляемых средств:

- **Классические каннабиноиды.** Производные дибензопирана, тетрагидроканнабинол, другие химические соединения, присутствующие в каннабисе, и структурно связанные с ними синтетические аналоги.
- **Неклассические каннабиноиды.** Синтетические производные циклогексилфенола или 3-арилциклогексанола, (CP-47497 и CP-55940).
- **Гибридные каннабиноиды.** Комбинации структурных особенностей классических и неклассических каннабиноидов.
- **Аминоалкилиндолы,:**
нафтоилиндолы (JWH-015, JWH-018, JWH-200, JWH-210, JWH-398);
фенилацетилиндолы (JWH-250, JWH-251);
бензоилиндолы (правадолин, AM-694, RSC-4);
нафтилметилиндолы (JWH-184);
циклопропоилиндолы (UR-144, XLR-11);
адамантоилиндолы (AB-001, AM-1248);
индолкарбоксамиды (APICA, STS-135).
- **Эйкозаноиды.** Эндоканнабиноиды, как анандамид (AEA), и их синтетические аналоги, например, метанандамид (AM-356).
- **Прочие.** Такие как диарилпиразолы (Rimonabant®), нафтоилпирролы (JWH-307), нафтилметиленды (JWH-176) и индазолкарбоксамиды (APINACA).
- **Синтетические каннабимиметики последнего поколения**
Индазолкарбоксамиды: AB-PINACA, AB-FUBINACA, AB-SHMINACA, ADB-FUBINACA, ADB-PINACA, APINACA.
Индолилкарбоксамиды: APICA (ADM-018), ADBICA, ADBICA-F.
Индолилкетоны: UR-144, XLR-11, RCS-4, AM-2201, AM-1220, AM-1248.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностические критерии

Синдром острой интоксикации:

Жалобы: -

- **анамнез:** эпизодическое употребление каннабиноидов.

физикальное обследование:

Психический статус:

Соматовегетативный и неврологический статус:

Синдром употребления с вредными последствиями:

жалобы: могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении

анамнез: длительное эпизодическое нерегулярное употребление препаратов конопли;

физикальное обследование:

Синдром зависимости:

Жалобы:

- навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению каннабиса;
- раздражительность;
- сниженное настроение;
- расстройства сна
- утрата контроля над приемом каннабиса;
- рост потребности в дозе препарата в 2-3 раза по сравнению с первоначальной, т.к. прежние дозы каннабиноидов не вызывают эйфории;
- соматические нарушения (ожоги слизистой в полости рта и глотке, кашель при поражении бронхов);

Анамнез:

- сведения о систематическом употреблении препаратов каннабиса;
- сведения о сформированной зависимости от препаратов каннабиса;
- нарушенная способность контролировать прием каннабиса;
- озабоченность употреблением вещества;
- состояние отмены;
- изменение реактивности организма, проявление толерантности к эффектам вещества;
- устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий;
- в период воздержания от ПАВ при сформированной зависимости в различные промежутки времени проявляются симптомы отмены.

физикальное обследование:

Синдром отмены:

Жалобы:

- астения;
- апатия;
- вялость;
- нарушение сна;
- отсутствие аппетита;
- снижение настроения;
- тревога;
- раздражительность;
- мышечный тремор;
- мышечные боли.

Анамнез:

- сведения о сформированной зависимости от каннабиноидов;
- сведения о систематическом употреблении высоких доз препаратов каннабиса;
- сведения об употреблении последней дозы накануне за 6-12 часов;

физикальное обследование:

Психический статус:

- астенические проявления
- расстройства сферы влечения: апатия, гипобулия

- аффективные расстройства: тревога; снижение настроения, раздражительность
- суицидальные попытки;
- нарушения восприятия
- неприятные ощущения в области сердца;
- чувство сжатия головы в височной области;
- на коже и под кожей - ощущение жжения, неприятного покалывания, дергания. Соматовегетативный и неврологический статус:
 - тремор;
 - потливость;
 - лабильность АД.

Постабстинентный синдром:

Психический статус:

- астения;
- вялость;
- пассивность;
- апатия;
- замкнутость;
- угрюмость.
- различные степени выраженности патологического влечения к ПАВ.

Соматовегетативный и неврологический статус:

- тахикардия;
- ортостатическая гипотензия;
- нарушение координации движения.

Синдром отмены синтетических каннабиноидов [6]:

Жалобы:

- паранойяльная настроенность;
- панические атаки;
- трудность с концентрацией внимания;
- дезориентация;
- страх смерти;
- инсомния;
- диссомния;
- тахикардия;
- затрудненное дыхание;
- нарушение аппетита/потеря веса;
- тошнота;
- рвота;
- тремор;

Анамнез:

- сведения об эпизодическом (иногда единичном) употреблении синтетических каннабиноидов (спайсов).

Лабораторные исследования :

- общий анализ крови (неспецифический лейкоцитоз);

- биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);
- в биологическом материале определяется содержание метаболитов каннабиса.

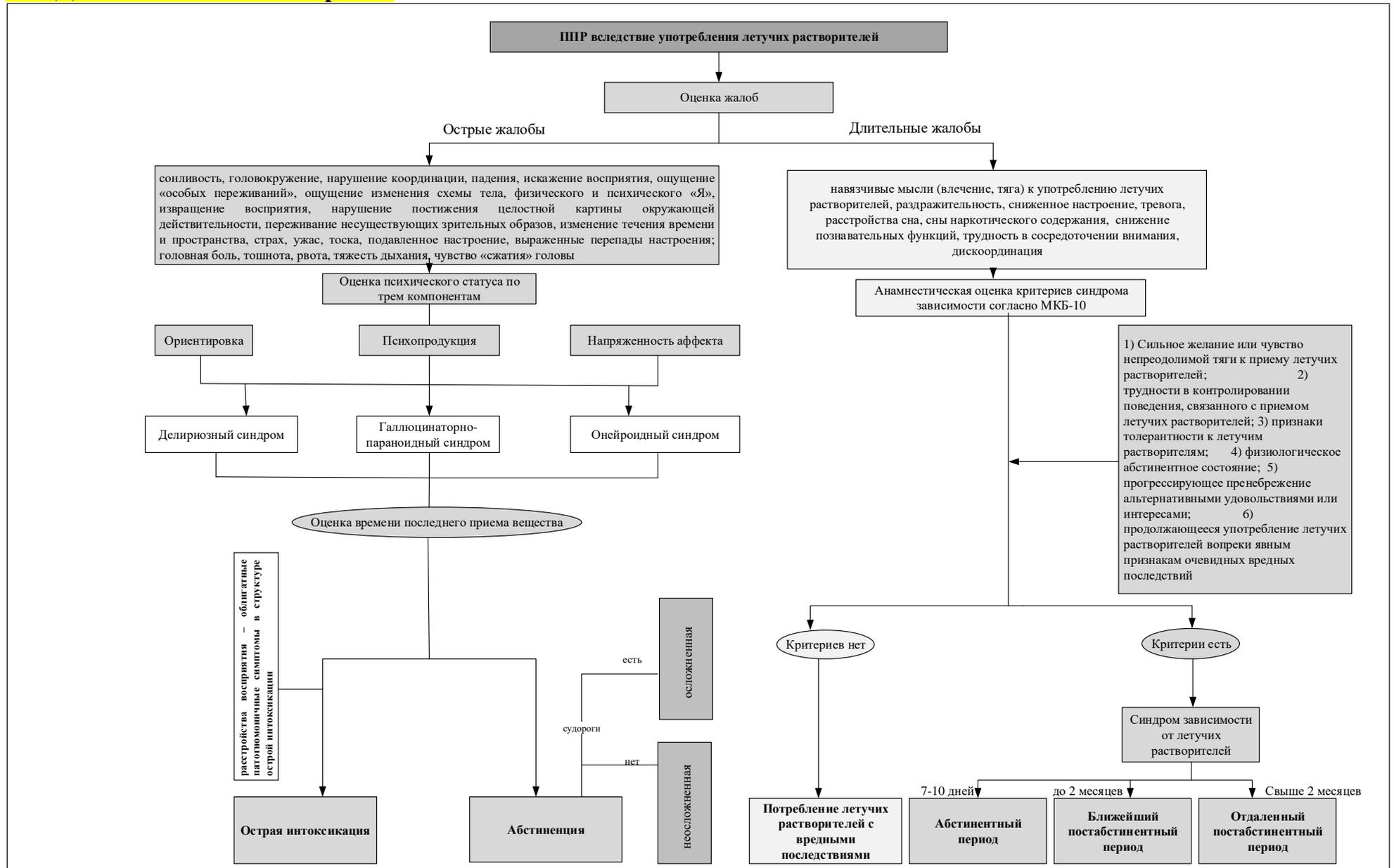
Инструментальные исследования (для всех вышеуказанных синдромов):

- ЭКГ, РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ, УЗИ способствуют диагностированию сопутствующей неврологической и соматической патологии;
- психологическая диагностика по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения).

Показания для консультации специалистов (для всех вышеуказанных синдромов):

- консультация терапевта при наличии соматической патологии;
- консультация инфекциониста при развитии токсического гепатита, приподозрении ВИЧ инфекции;
- консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- дерматовенеролог;
- уролога;
- консультация акушер-гинеколога при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов.
- консультация психотерапевта при нестабильных психоэмоциональных состояниях.
- консультация физиотерапевта при определении показаний для физиолечения;

2.1. Диагностический алгоритм:



12.5 Дифференциальный диагноз:

Таблица 2 Клинико-эпидемиологические особенности расстройств вызванных употреблением растительных и синтетических каннабиноидов

Анамнестические характеристики	Особенности	
	Синтетические каннабиноиды	растительные каннабиноиды
средний возраст активных потребителей курительных смесей	чаще молодой (подростки и молодые люди 16-25 лет)	возраст активных потребителей (20-50 лет)
мотивы потребления	эйфоризирующий; энергизирующий; седатирующий.	рекреационный; эйфоризирующий; энергизирующий; седатирующий.
способы приобретения наркотика	преимущественно легальный (интернет-магазины)	нелегальный (торговцы наркотиком)
способ употребления	курение (нанеся путём распыления вещества, предварительно растворённого в спиртосодержащей жидкости на различные травы (лекарственные высушенные), либо в чистом виде, помещая кристаллы вещества в сигаретный табак), а также вдыхание испарений через специальные приспособления. Перорально (растворяются в подогретом этиловом спирте, после чего необходимое количество раствора добавляется в рюмку водки (или другого крепкого алкогольного напитка) и выпивается)	курение (путём изготовления папирос с высушенной травой), а также вдыхание испарений через специальные приспособления. Перорально (внутри в виде отваров, спищей).
длительность опьянения	4-6 часов	6-12 часов
влечение к употреблению	компульсивное, в частности вторичное ПВН в интоксикации, наличие «наркотических запоев»	преимущественно обсессивное влечение к наркотику (выраженная психическая зависимость)
длительность абстинентного синдрома (в среднем)	14 суток	7 суток

сроки формирования зависимости	быстрое формирование (1-4 месяца от начала потребления)	длительное формирование зависимости (годы)
наличие наркологического анамнеза	наличие опыта употребления других наркотиков, в частности употребления амfetамина, героина, синтетических психостимуляторов и т. д.	чаще отсутствие опыта употребления других наркотических веществ (чаще первичный наркотик)
сочетание употребления с другими наркотическими веществами	чаще сочетанное употребление	чаще изолированное употребление
информированность о вреде данного типа наркотика	наркотики позиционируются как ненаркотические, не вызывающие зависимости вещества	официально входит в список запрещенных наркотических веществ
сложности диагностического плана	отсутствие лабораторных методов диагностики. Рецептура «реагентов» меняется, производители стараются вывести «реагенты» из-под действия антинаркотического законодательства.	наличие лабораторных методов диагностики (определение в крови, моче и т.д.)
скрининговые тесты	только на JWH-018 JWH-073	существуют
частота развития психозов	часто, даже при однократном употреблении	редко, при длительном потреблении

Таблица 3 Дифференциальная диагностика состояния опьянения

Симптомы	Опийное	Гашишное	Психостимуляторы (эфедрин, фенамин, первитин, кофеин)	Снотворные (барбитал, феналорм, ноксирон)	Летучие растворители (бензин, ацетон, клей «Момент»)	Алкогольное опьянение
поведение	благодушие, чувство ленивого довольствия, расслабленности, вялости, ускорения ассоциаций	весел, неуправляемые приступы смеха могут меняться необоснованным испугом, чувством страха,	болтливость, суетливость, прилив сил, доброта, благодушие	фон настроения неустойчив, от благодушия до аффектов, назойлив, раздражителен	благодушие, беспечность, дурашливость, галлюцинаторные переживания	возбужден, навязчив

		стремлением к контакту				
двигательная сфера	заторможен	несоизмеренное стремление к движению	моторное возбуждение, мышечный тремор	повышенная моторная активность, движения грубые, резкие, размашистые	заторможен	расторможен
походка	замедленная	пошатывание	моторное возбуждение	шаткая	шаткая с нарушением координации	шаткая
точные движения	выполняет	нарушены	выполняет неточно	нарушены	нарушены, тремор пальцев рук,	нарушены
речь	быстрая, вялая	болтливость, «речевой напор»	быстрая, непоследовательная	невнятная, дизартричная	дизартрия	дизартрия
мика	выразительная	оживленная	мимическое сопровождение высказываний утрировано до гримас	бессмысленная, губы отвисают, глаза полузакрыты	оживленная	оживленная
кожные покровы	бледность, сухость, зуд кончика носа	гиперемия лица, инъекирование склер	лицо бледное, слизистые сухие, облизывает губы	гиперемия кожи верхней половины туловища, гипергидроз, сальность кожи	гиперемия, мраморность конечностей, отечность лица; вокруг губ, в уголках - красная кайма, инъекирование склер	кожные покровы гиперемированы, склеры инъекированы
зрачки	сужены в виде «булавочной головки», реакция на свет отсутствует	расширены, блеск глаз	расширены, блеск глаз, реакция на свет ослаблена	расширены, блеск глаз, реакция на свет ослаблена, инъекирование склер	соразмерный блеск глаз	расширены
нистагм	отсутствует	отмечается, иногда с анизокорией	спонтанный	-	-	горизонтальный
АД, ЧСС	гипертензия, брадикардия	гипертензия, тахикардия	тахикардия	гипотензия, брадикардия	гипотензия	гипертензия, тахикардия
язык	коричневый налет	обложен грязно-коричневым	яркий, блестящий	обложен грязным налетом	обложен толстым серо-	сероватый налет

		налетом			желтым налетом	
запах изо рта или от одежды	нет	сладковато-приторный	нет	нет	резкий, химического характера, длится до 1-2 дней	алкоголя
следы инъекций	имеются	нет	имеются	возможны	нет	
клиническое проявления во времени	до 8-10 ч.	до 6 ч.	до 8 ч.	от 2-4 ч.	3 ч.	3-6 ч.
взятие исследуемого материала	кровь – 10 мл., моча – 150 мл.	смывы с пальцев рук, ладоней, околоногтевых лож, с ротовой полости	кровь – 10 мл.	кровь – 10 мл., моча – 150 мл.	-	кровь, моча, рвотные массы

1. Цели лечения:

- купирование проявлений физической и психической зависимости с редукцией патологического влечения к каннабиноидам;
- купирование психотических расстройств;
- редукция соматических осложнений;
- развитие мотивации к воздержанию от каннабиноидов и на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

2. Тактика лечения:

Лечение пациентов с ППР, вызванные употреблением каннабиноидов проводится на двух уровнях:

- амбулаторный уровень.
- стационарный уровень (медико-социальная реабилитация);

Стационарный уровень проводится непрерывно в три этапа:

- первый этап МСР (медикаментозная коррекция) - 20 дней (при купировании психотических расстройств(проявления паранойяльности, бреда, выраженной тревоги, изменений восприятия) удлинение этапа до коррекции состояния;
- второй этап МСР (психотерапия и реабилитация и)- 60 дней;
- третий этап МСР (социальная реабилитация) - 60 дней.

Первый этап МСР:

- купирование психотических расстройств.
- купирование синдрома отмены;
- коррекция сна и настроения;
- коррекция влечения к ПАВ
- коррекция сомато-вегетативных расстройств;

Второй этап МСР (этап психотерапии и реабилитации):

- купирование синдрома патологического влечения к препаратам каннабиса, психотерапевтическая реабилитация, начальная фаза противорецидивной терапии в ранний и поздний постабстинентный периоды;
- повышение мотивации на трезвость [8,9];
- актуализация и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания, стрессу;
- формирование активности, инициативности, позитивного жизненного сценария;
- формирование нормативных личностных статусов;
- стабилизация нормативных семейных (родительских, партнерских) отношений (преодоление созависимости).

Третий этап МСР (этап социальной реабилитации):

- применение технологий социальной реабилитации (терапевтического сообщества) в поздний постабстинентный период;
- противорецидивная терапия.

14.1. Немедикаментозное лечение

Режим – I, II, (охранительный, препятствующий употреблению препаратов каннабиса в условиях лечения).

Диета – стол №15.

Психолого-психотерапевтическое лечение амбулаторный уровень:

- информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП) (УД-А);
- мотивационное консультирование
- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
- семейное психологическое консультирование;
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);
- психотерапия (индивидуальная и групповая).
- консультирование социального работника при оказании помощи для трудоустройства;
- терапия творческим самовыражением (арт-терапия);
- аутогенная тренировка, медитация, дыхательные методики, Релаксационные техники, самомассаж.

Психолого-психотерапевтическое лечение стационарный уровень:

Этап реабилитации:

- информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП) (УД-А);
- программы снижения вреда (УД-А);
- мотивационное консультирование (УД-А);
- мотивационная психотерапия (по В. Миллеру, С. Рольнику) [15, 16] (УД-А);
- программы социально-психологических тренингов (УД - В);
- психологическое консультирование [10, 11, 12] (индивидуальное и групповое) (УД - В);
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- когнитивно-поведенческая психотерапия (индивидуальная и групповая) [15, 16] (УД-А);
- психотерапия (гештальт-терапия, НЛП, психодрама);
- психическая саморегуляция;
- телесно-ориентированная психотерапия;
- трансактный анализ;
- логотерапия и экзистенциальная психотерапия;
- духовно - ориентированная психотерапия (УД - GPP);
- семейное психологическое консультирование (УД- С);
- арт-терапия (УД - С);
- социально-реабилитационная работа (УД - С);
- аутогенная тренировка (УД - GPP);
- БОС-терапия (УД - GPP);
- танцедвигательная терапия (УД - С);

- трансперсональная терапия (холотропное дыхание) (УД- С);
- программа «Анонимные наркоманы» (12-шаговая терапия) (УД - А);

Этап социальной реабилитации:

- терапевтическое сообщество [14] (УД-А).

14.2 Медикаментозное лечение (может быть изменено по усмотрению лечащего врача):

Терапия абстинентного синдрома:

Антиконвульсанты: карбамазепин рекомендуемая доза до 400 - 600 мг/сут, при наличии показаний доза препарата может быть увеличена, рекомендуется лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой в начале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы. В случае необходимости продолжить терапию вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения;

Нейролептики: при выраженных поведенческих и аффективных расстройствах препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); оланзапин (10-20 мг/сут), клозапин 100 - 200 мг/сут; рисперидон 4-6 мг/сут, палиперидон 3-6 мг/сут;

Антидепрессанты: препаратами выбора являются, антидепрессанты, обладающие седативным действием: флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя;

Седативные препараты 3-го поколения: зопиклон, производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепам 4-6 мл/сут).

На этапе скорой медицинской помощи:

Купирование психомоторного возбуждения [14]:

Анксиолитики бензодиазепинового ряда: диазепам 0,5% р-р 2-4 мл. внутримышечно, внутривенно, или феназепам 0,1% р-р 1-4 мл. в/м, в/в.

14.3 Другие виды лечения:

- программы психолого-социальной поддержки.

14.4 Хирургическое вмешательство: нет.

14.5 Профилактические мероприятия:

- формирование мотивации на здоровый образ жизни;
- развитие защитных факторов здорового и социально эффективного поведения;
- повышение уровня устойчивости к стрессовым факторам;
- развитие и закрепление свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья;
- формирование и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- повышение социальной компетентности;
- снижение уровня семейной дисфункции.

14.6 Дальнейшее ведение:

На амбулаторном уровне наблюдение пациента осуществляется:

На профилактическом учете:

- ежемесячное наблюдение в течение года, но не менее 5 раз в год.

На диспансерном учете:

- динамическое наблюдение в течение 5 лет по 4-м группам динамического наблюдения.

3. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- купирование психотической симптоматики
- купирование проявлений физической и психической зависимости;
- редукция патологического влечения к каннабиноидам;
- редукция соматических осложнений;
- наличие мотивации к воздержанию от каннабиноидов и на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Куржикбаев Данияр Бакытжанович врач филиала Республиканского научно-практического центра психического здоровья в г. Павлодар.

2) Бектаева Гаухар Темиржановна врач психиатр (нарколог), заместитель директора по наркологической службе ГКП на ПХВ «Городской центр психического здоровья».

Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.2. Рецензенты:

6.3. **Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола через 3 года после его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.4. **Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).**

7. Potter DJ, Clark P, Brown MB Potency of delta 9-THC and other cannabinoids in cannabis in England in 2005: implications for psychoactivity and pharmacology. - 2005.

8. Сидоров А.А. "Спайс" – "курительные смеси", "миксы", "ароматические благовония" – относится к синтетическим каннабиноидам // "Психическое здоровье". -РАМН, 2014. - №2. - С. 83-91.

9. Софронов Г. А., Головки А. И., Баринов В. А., Башарин В. А., Бонитенко Е. Ю., Иванов М. Б. Наркология // Наркология. — МОСКВА, 2012. - Т. 1. - С. 97-110.

10. Дворская О.Н., Катаев С.С, Мелентьев А.Б., Курдина Л.Н. Маркеры новых каннабимиметиков в моче // Ж. Наркология. - 2014. - Т. №3. . - С. С. 55-65 .

11. Международная классификация болезней . -1994.

12. Kosior DA, Filipiak KJ, Stolarz P, Opolski G: Paroxysmal atrial fibrillation following marijuana intoxication: a two-case report of possible association // Int J Cardiol . - 2001. - Т. 78. - С. 183-184.

13. Cohen J, Morrison S, Greenberg J, Saidinejad M. 2012. , Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids.. - Pediatrics. - Т. 129. - С. 1064–1067.

14. Н. Пятницкая И. Наркомании: Руководство для врачей. . - 1994 : М.: Медицина.

15. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. - BMJ, 2005. - Т. 330(7481):11.

16. Ryan Vandrey, Matthew W. Johnson, Patrick S. Johnson, and Miral A. Khalil

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049139/Novel Drugs of Abuse: A Snapshot of an Evolving Marketplace](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049139/Novel_Drugs_of_Abuse:_A_Snapshot_of_an_Evolving_Marketplace). - *Adolesc Psychiatry (Hilversum)*, 2013. - Т. 3, 2. - С. 123–134.

17. Савчук С.А., Григорьев А.М. и др. Обнаружения метаболитов синтетических каннабимиметиков в моче волосах и сыворотке крови методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием // *Наркология*. - 2014. - Т. №1.
18. Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. // // *Вопросы наркологии Казахстана*. - 2002. - Т. 2, 1. -С. 30-33.
19. Stephens, R.S.; Roffman, R.A.; and Curtin, L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // *Journal of Consulting and Clinical Psychology* . — 2000. — Т. 68(5). — С. 898-908.
20. Скотт Даулинг *Психология и лечение зависимого поведения*. - 2000. - С. 17, 18, 19, 25, 28, 29, 35, 51, 56, 90, 103, 105, 109, 111, 152, 154, 164, 175, 179, 205. с.
21. Clementine Maddock и Michelle Babbs *Вмешательства при злоупотреблении каннабисом*. — *Advances In Psychiatric Treatment*, 2006. - Т. 12 : 432–439 с.
22. К.Р. Роджерс *Консультирование и психотерапия*. - М.: ЭКСМО-Пресс, 1999.

23. Steinberg, K. L., Roffman, R. A., Carroll, K. M., McRee, B., Babor, T. F., Miller, M., et al. Brief counseling for marijuana dependence: A manual for treating adults. (DHHS Publication No. – Rockville : Center for Substance Abuse, 2005.
24. Steinberg et al., Brief Counseling for Marijuana Dependence . - samhsa.gov/products/brochures/pdfs/bmcdc.pdf . , 2005.
25. Adger Hower Cannabis-Marijuana Addiction, Treatment and Recovery. - CARON, 2006.
26. под редакцией Иванца Н.Н. Руководство по наркологии. - Москва : Медицинское информационное агенство, 2008. - 945 стр с.
27. Брусин К.М., Забродин О.В., Уразаев Т.Х., и др. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия // Информационное письмо для врачей . - Екатеринбург, 2011.
28. Hoyte CO., Jacob J, Monte A.A. A characterization of synthetic cannabinoid exposures reported to the National poison Data System in 2010. // Ann Emerg Med. . — 2012. - Т. 60(4). - С. 435-438.
29. Heath TS, Burroughs Z, Thompson AJ, Tecklenburg FW. Acute intoxication caused by a synthetic cannabinoid in two adolescents. // J Pediatr Pharmacol Ther. . - 2012 . - Т. 17(2). - С. 177-81.
30. de Havenon A, Chin B, Thomas KC, Afra P. The secret "spice": an undetectable toxic cause of seizure // Neurohospitalist. - 2011 . - Т. 1(4). - С. 182-6.
31. Nelson M.E., Bryant S.M., Aks S.E. Emerging drugs of abuse // Emerg Med Clin North Am . - 2014. - Т. 32:1-28.
32. Gee P. Synthetic cannabis addiction and withdrawal treatment guide. - HCH Hospital ED & CADS with PHO consultation, 2012.
33. Hermanns-Clausen M, Kneisel S, Szabo B, Auwärter V. Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings // Addiction. . - 2013 .- Т. 108(3). - С. 534-44.
34. Fisher BA, Ghuran A, Vadamalai V, Antonios TF Cardiovascular complications induced by cannabis smoking: a case report and review of the literature // Emerg Med J. - 2005. -Т. 22. - С. 679-680.
35. Rubio F, Quintero S, Hernandez A, Fernandez S, Cozar L, Lobato IM, Pantoja S: Flumazenil for coma reversal in children after cannabis // Lancet . - 1993. - Т. 341. - С. 1028-1029.
36. Huestis MA, Gorelick DA, Heishman SJ, Preston KL, Nelson RA, Moolchan ET, Frank RA Blockade of effects of smoked marijuana by the CB1-selective cannabinoid receptor antagonist SR14171. // Arch Gen Psychiatry . - 2001. - Т. 58:. - С. 322-328.
37. Asadullin, A. R., Galeeva, E. K., Achmetova, E. A., Nikolaev, I. V. (2016). Approach to Classifying " Design " Drugs and New Potentially Dangerous Chemical Substances, with a Brief Review of the Problem. International Journal of Environmental and Science Education, 11(14), 6697-6703.