

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КОКАИНА (ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ)

### 1. Вводная часть

#### 1.1. Код(ы) МКБ-10:

F14.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Острая интоксикация
F14.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Пагубное употребление
F14.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Синдром зависимости
F14.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Состояние отмены
F14.4	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Абстинентное состояние с делирием
F14.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Психотическое расстройство
F14.6	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Амнестический синдром
F14.7	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Резидуальные и отсроченные психотические расстройства
F14.8	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Другие психические расстройства и расстройства поведения
F14.9	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное

#### 1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год.

#### 1.3. Сокращения, используемые в протоколе:

АД	–	артериальное давление
АлТ	–	аланинаминотрансфераза
АсТ	–	аспартатаминотрансфераза
в/в	–	внутривенно
в/м	–	внутримышечно
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ИППП	–	инфекции, передающиеся половым путем
КТ	-	компьютерная томография головного мозга
КЩС	-	кислотно-щелочное состояние
МКБ 10	–	международная классификация болезней 10го пересмотра

МРТ	-	магнитно-резонансная томография головного мозга
МСП	–	медико-социальная реабилитация
ОАК	-	общий анализ крови
ОАМ	-	общий анализ мочи
ПАВ	–	психоактивное вещество/психоактивные вещества
ПВ	–	патологическое влечение
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
РКИ	-	рандомизированное клиническое исследование
РЭГ	–	реоэнцефалография
УД	–	уровень доказательности
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЦНС	–	центральная нервная система
ЭКГ	–	электрокардиографическое исследование
Эхо-КГ		эхокардиография
ЭХО-ЭГ	–	эхоэнцефалография
ЭЭГ	–	электроэнцефалография
ТГК	–	тетрагидроканнабинол
ЧМТ		черепно-мозговая травма

**1.4. Пользователи протокола:** врачи-психиатры (наркологи, психотерапевты), врачи общей практики, терапевты, врачи скорой медицинской помощи, фельдшера.

**1.5. Категория пациентов:** взрослые

**1.6. Шкала уровня доказательности:**

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	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.
С	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
GPP	Наилучшая клиническая практика.

### 1.7. Определение

**Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина** – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление летучих растворителей начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для пациента [62-69].

**1.8. Классификация (по этиологии, стадиям, типу зависимости)** [7, 8, 9, 10, 11, 27, 42, 47, 63].

#### 1.8.1. Классификация по этиологии (разновидности) [27]:

- Листья коки
- Паста коки
- Гидрохлорид кокаина
- Алкалоидный кокаин («крэк», свободное основание кокаина)
- Спидбол (смесь крэка и героина).

#### 1.8.2. Классификация по стадиям:

Стадия	Признаки
Этап злоупотребления кокаином	<p>Опьянения чередуются с состоянием трезвости разной длительности.</p> <p>Клиническая симптоматика кокаиновой наркомании отсутствует, здоровье остается хорошим.</p> <p>Основные звенья этапа злоупотребления кокаином:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- эйфория как субъективное чувство удовольствия, наслаждения, благоприятного сдвига в физическом и психическом самочувствии;</li> <li>- формирование предпочтения кокаина;</li> <li>- регулярность приема кокаина;</li> <li>- угасание первоначального эффекта кокаина.</li> </ul>
Продром болезни	<p>Продромальные явления трудно дифференцируемы</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- возможность многократного, в течение дня, употребления кокаина;</li> <li>- увеличение суточной толерантности к кокаину;</li> <li>- постоянно высокий жизненный тонус;</li> <li>- короткий беспорядочный сон;</li> <li>- невыраженность суточных спадов активности.</li> </ul>
Стадия I кокаиновой зависимости	<p>Формируется синдром измененной реактивности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- прием кокаина регулярен;</li> <li>- рост толерантности;</li> <li>- ослабевание защитных реакций;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- снижение вероятности токсических реакций;</li> <li>- изменение формы потребления (запойная).</li> </ul> <p>Появляется психическое (обсессивное) влечение к опьянению, способность достижения психического комфорта только в интоксикации (синдром психической зависимости)</p>
Стадия II кокаиновой зависимости	<p>Представлена тремя наркоманическими синдромами:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) синдром измененной реактивности (измененная форма потребления, высокая и устойчивая толерантность, отсутствие защитных и токсических реакций, измененная форма опьянения);</li> <li>2) синдром психической зависимости (обсессивное влечение к опьянению, способность к психическому комфорту только в интоксикации);</li> <li>3) синдром физической зависимости (компульсивное (физическое) влечение к опьянению, маскирующее обсессивное влечение, способность к физическому комфорту в интоксикации, абстинентный синдром).</li> </ol>
Стадия III кокаиновой зависимости	<ul style="list-style-type: none"> <li>- синдром измененной реактивности (измененная форма потребления кокаина, снижающаяся толерантность, отсутствие защитных и токсических реакций, измененная форма опьянения);</li> <li>- синдром психической зависимости (обсессивное влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в интоксикации);</li> <li>- синдром физической зависимости (компульсивное (физическое) влечение к опьянению, способность к физическому комфорту в интоксикации, трансформированный абстинентный синдром).</li> </ul> <p>Синдромы кокаиновой зависимости изменены из-за истощенности организма. Наркотик выполняет роль тонизирующего средства.</p>

### 1.8.3. Классификация по типам зависимости [7]:

Тип А – зависимость от кокаина возникает чаще под влиянием внешних обстоятельств, имеет более благоприятное течение, умеренная скорость развития синдрома зависимости, чаще развивается у женщин.

Тип В - зависимость от кокаина возникает под влиянием биологических и психологических предрасполагающих факторов, чаще наличие асоциальных форм поведения, быстрое нарастание дезадаптации, чаще развитие суицидального поведения, чаще у мужчин.

## 2. Методы, подходы и процедуры диагностики и лечения

### 1) Диагностические критерии:

*Синдром острой интоксикации [47, 62-69]:*

*Жалобы:*

- ✓ головная боль,
- ✓ возбуждение,
- ✓ головокружение,
- ✓ усиленное сердцебиение,
- ✓ затруднение засыпания,
- ✓ бессонница,
- ✓ потеря аппетита,
- ✓ страх,
- ✓ резкая перемена настроения,
- ✓ раздражительность,
- ✓ ощущение преследования,
- ✓ боль за грудиной,
- ✓ нечеткие неприятные ощущения в различных частях тела,
- ✓ боль в затылке,
- ✓ ползание мурашек,
- ✓ озноб,
- ✓ светобоязнь,
- ✓ после испытанной эйфории чувство дисфории, за которой следует чувство опустошенности, вялости, сонливости.

*Анамнез:*

эпизод употребления кокаина перорально (в том числе путем втирания в десны или жевания, сублингвально) внутривенно, внутримышечно, путем курения, вдыхания.

*Физикальное обследование:*

психический статус: фазное течение психических симптомов – при внутривенном введении психосенсорные симптомы с «отчужденностью», «озарением», затем понижение порога восприятия, яркие чувственные ощущения, симптомы «синестезии», после этого повышение ясности сознания с сужением объема восприятия, благодушно-приподнятый фон настроения, суетливость, болтливость, мышление поверхностно, разорвано, возможны персеверации, в заключении подавленность, раздражительность, опустошенность;

соматовегетативный и неврологический статус: бледность кожных покровов, расширение зрачков и глазных щелей, латеральный нистагм, мышечная и сосудистая гипертензия, повышение рефлексов, мелкий тремор пальцев рук, языка, век, задержка мочи, сухость слизистых оболочек.

***Синдром острой интоксикации с делирием: [24, 47, 62-69]***

***Жалобы:***

- ✓ ощущение преследования,
- ✓ убежденность в угрозе для жизни,
- ✓ подавленный фон настроения,
- ✓ тревога.

*Анамнез:* преимущественно повторное или регулярное употребление кокаина, запойная форма приема кокаина (различных его форм).

*Физикальное обследование:*

психический статус: дезориентация, нарушение восприятия, выраженное повышение интенсивности воспринимаемых раздражителей, дереализация, деперсонализация, зрительные, слуховые зрительные и тактильные галлюцинации, психомоторное возбуждение, злоба, агрессия, паника, страх, бредовые идеи преследования, при утяжелении состояния сопор, кома;  
соматовегетативный и неврологический статус: бледность кожных покровов, расширение зрачков и глазных щелей, латеральный нистагм, мышечная и сосудистая гипертензия, повышение рефлексов, мелкий тремор пальцев рук, языка, век, задержка мочи, сухость слизистых оболочек, судороги.

### ***Синдром употребления с вредными последствиями [20, 62-69]:***

*Жалобы:*

могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении кокаина, могут быть указания на перепады настроения, подавленность, слабость после эпизодов приема стимуляторов.

*Анамнез:*

длительное эпизодическое нерегулярное употребление кокаина, может быть обусловлено рекреационным мотивом и сопровождает периоды отдыха в ночных клубах, могут присутствовать указания на эпизодический или систематический прием кокаина с целью повышения работоспособности при выполнении больших объемов работы за короткие промежутки времени, сексуальная расторможенность, указания на случайные половые контакты.

*Физикальное обследование:*

психический статус: астения, вялость, пассивность, которые приходят на смену периодам возбуждения во время интоксикации, перепады настроения, раздражительность, безрадостность;

соматовегетативный и неврологический статус: неустойчивость пульса, аритмии, ортостатическая гипотензия, неравномерность сухожильных рефлексов снижение веса, сухость кожных покровов.

### ***Синдром зависимости [23, 62-69]:***

*Жалобы:*

- ✓ навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению кокаина,
- ✓ раздражительность,
- ✓ сниженное настроение,
- ✓ тревога,
- ✓ расстройства сна,
- ✓ сны наркотического содержания,
- ✓ утрата контроля над приемом кокаина в том числе во время опьянения,
- ✓ рост потребности в дозе в 5-10 раз по сравнению с первоначальной, чаще всего за счет нарастания суточной дозы, т.к. так как присутствует выраженная тяга к кокаину во время опьянения,

- ✓ снижение познавательных функций,
- ✓ трудность в сосредоточении внимания,
- ✓ дискоординация,
- ✓ потеря интереса к обычным событиям и объектам из жизни в пользу потребления кокаина.

*Анамнез:*

сведения о систематическом употреблении кокаина, сведения о сформированной зависимости от кокаина, нарушенная способность контролировать прием кокаина, запойная форма приема кокаина, с частыми эпизодами тяжелых форм опьянения и нарушений восприятия с идеями преследования, помрачением сознания, озабоченность употреблением кокаина, состояние отмены, изменение реактивности организма, проявление толерантности к эффектам кокаина с акцентом на рост суточной толерантности при устойчивой разовой толерантности, стойкое употребление кокаина вопреки ясным доказательствам вредных последствий, в период воздержания от кокаина при сформированной зависимости в различные промежутки времени (от одних до трех суток) манифестация симптомов отмены.

*Физикальное обследование:*

психический статус: астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория, психопатоподобное поведение; идеи отношения, преследования);

соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, лабильность артериального давления, сухость кожных покровов гнойничковая сыпь на теле, тусклые волосы, сниженный вес вплоть до кахексии, в качестве осложнений инъекций воспалительные изменения мягких тканей, покраснение, воспалительные изменения слизистых носа как следствие вдыхания кокаина, кашель, одышка при курении различных форм кокаина.

**Синдром отмены [37, 62-69]:**

*Жалобы:*

- ✓ общее беспокойство,
- ✓ подозрительность,
- ✓ ощущение угрозы,
- ✓ тревожность, вялость,
- ✓ трудность с концентрацией внимания,
- ✓ сонливость с трудностью засыпания,
- ✓ бессонница,
- ✓ головная боль,
- ✓ тошнота,
- ✓ рвота,
- ✓ выраженное влечение к приему кокаина,
- ✓ учащенное сердцебиение,
- ✓ ощущения подергивания в мышцах,

- ✓ дрожь в теле,
- ✓ потливость,
- ✓ зевота,
- ✓ озноб,
- ✓ вздрагивания.

*Анамнез:* сведения о регулярном употреблении кокаина, сведения о прекращении потребления в ближайшие 24 часа и более (максимально до 72 часов).

*Физикальное обследование:*

психический статус: психомоторное возбуждение, параноидная настроенность, подозрительность, тревога, идеи преследования, раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, сменяется выраженной слабостью, дисфория, психопатоподобное поведение, тоскливо-злобный аффект, ощущение надвигающейся катастрофы;

соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, ортостатическая гипотензия, сосудистая и мышечная гипертензия, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка, грубая дискоординация движений, белый дермографизм.

### ***Синдром отмены с делирием [42, 62-69]:***

*Жалобы:*

- ✓ ощущение преследования,
- ✓ убежденность в угрозе для жизни,
- ✓ подавленный фон настроения,
- ✓ тревогу,
- ✓ чувственное переживание истинных зрительных галлюцинаций в виде насекомых,
- ✓ страх,
- ✓ выраженная острота восприятия.

*Анамнез:* сведения о регулярном употреблении кокаина, сведения о прекращении потребления кокаина в ближайшие 72-120 часов.

*Физикальное обследование:*

в психическом статусе: выраженное депрессивно-дисфорическое настроение, дезориентация во времени и пространстве, истинные зрительные галлюцинации преобладают, бредовые идеи преследования, могут присутствовать «голоса» императивного характера;

соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение артериального давления, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка, частые падения.

### ***Психотическое расстройство [42, 62-69]:***

*Жалобы*

- ✓ ощущение преследования,
- ✓ убежденность в угрозе для жизни,



- ✓ подавленный фон настроения,
- ✓ тревогу,
- ✓ чувственное переживание истинных зрительных галлюцинаций в виде насекомых,
- ✓ страх,
- ✓ выраженная острота восприятия;

*Анамнез:*

- ✓ сведения о регулярном употреблении кокаина, сведения о прекращении потребления кокаина в ближайшие 72-120 часов.

*Физикальное обследование:*

- ✓ в психическом статусе: выраженное депрессивно-дисфорическое настроение, ориентация во времени и пространстве и собственной личности сохранна, зрительные, слуховые, тактильные галлюцинации, бредовые идеи преследования;
- ✓ соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение артериального давления, тремор, тики и подергивания отдельных мышечных пучков, потливость, рвота, понос, шаткая походка, частые падения.

### ***Амнестический синдром [42, 62-69]***

*Жалобы:*

- ✓ снижение памяти на недавние и отдаленные события
- ✓ трудности в освоении нового материала
- ✓ нарушение ощущения времени.

*Анамнез:* сведения о снижении памяти на фоне длительного регулярного приема кокаина.

*Физикальное обследование:*

в психическом статусе: выраженным хроническим снижением памяти на. Непосредственное воскрешение в памяти событий обычно не нарушено. Память на недавние события обычно нарушена сильнее, чем на отдаленные. Обычно явно выражено нарушение ощущения времени и последовательности событий и имеются трудности в освоении нового материала. Конфабуляция возможна, но не обязательна. Другие познавательные функции обычно относительно хорошо сохранены, и амнестические расстройства непропорциональны выраженности других нарушений.

### ***Резидуальные и отсроченные психотические расстройства [42, 62-69]:***

*Жалобы:*

Смотреть предыдущие рубрики (амнестический синдром, психотический синдром, синдром отмены, синдром зависимости)

*Анамнез:* расстройство, при котором нарушения познавательных функций, эмоций, личности или поведения, вызванные приемом кокаина, могут сохраняться после периода, в течение которого проявляется непосредственное влияние психоактивного вещества. Начало расстройства должно быть непосредственно связано с употреблением психоактивного вещества. Случаи,

при которых нарушения возникают после эпизода (эпизодов) употребления психоактивного вещества, соответствуют данному синдрому, только когда есть убедительные доказательства причастности остаточных явлений воздействия кокаина к расстройству. Резидуальные явления можно отличить от психотического состояния отчасти по их эпизодичности, преимущественно очень короткой продолжительности, дублированию предшествующих наркотических кокаиновых проявлений.

*Физикальное обследование:*

Смотреть предыдущие рубрики (анамнестический синдром, психотический синдром, синдром отмены, синдром зависимости)

Для всех вышеуказанных синдромов:

**Лабораторные исследования** (для всех вышеуказанных синдромов):

- ✓ общий анализ крови: возможно изменение лейкоцитарной формулы воспалительного генеза как реакция на гнойно-септические изменения кожи и мягких тканей, снижение уровня гемоглобина алиментарного и токсического генеза.
- ✓ биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб); иммунохимический анализ: в образцах мочи определяется содержание метаболитов кокаина.

**Инструментальные исследования** (для всех вышеуказанных синдромов):

- ✓ ЭЭГ–признаки судорожной готовности в период абстиненции, возможны судорожные комплексы на 3-5 сутки абстиненции;
- ✓ РЭГ, ЭхоЭГ, УЗИ: отмечаются изменения, соответствующие сопутствующей соматической патологии;
- ✓ Эхо-КГ, ЭКГ: ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца.

**Дополнительное обследование:** *экспериментально-психологическая диагностика*

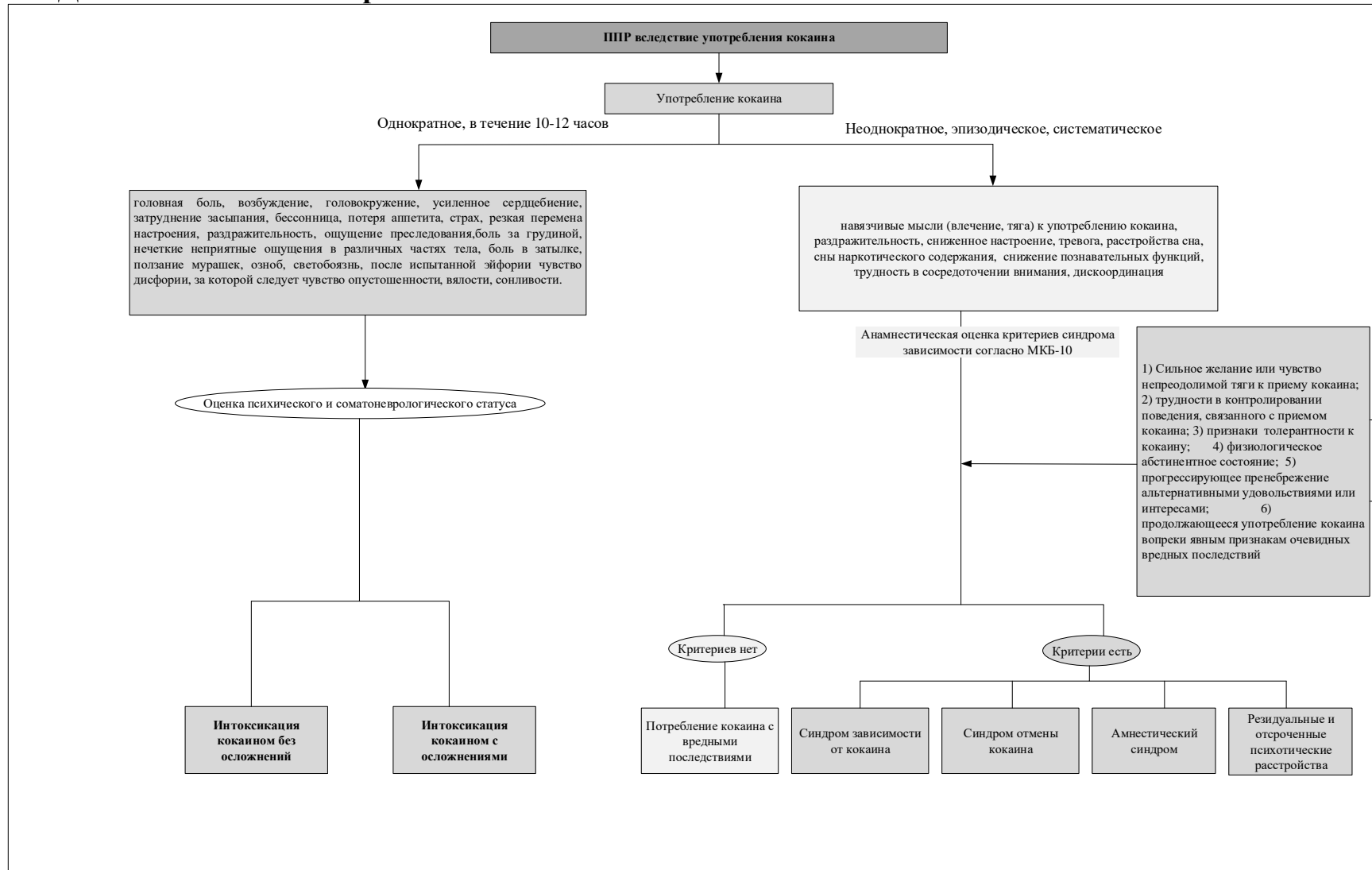
- ✓ по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения) и определения степени когнитивного дефицита (оценка мышления, памяти и внимания): низкий уровень интернальности, признаки акцентуации характера, признаки депрессии (изменения по шкале Бека), изменения по Шкале патологического влечения к наркотику Винниковой М.А.

**Показания для консультации специалистов** (для всех вышеуказанных синдромов):

- ✓ терапевт - при наличии соматической патологии;

- ✓ инфекционист - при развитии токсического гепатита, при подозрении ВИЧ инфекции;
- ✓ невролог - при выявлении патологии со стороны нервной системы;
- ✓ уролог - при выявлении патологии со стороны мочеполовой системы;
- ✓ акушер-гинеколог - при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов;
- ✓ хирург – при гнойно-воспалительных поражениях мягких тканей и сосудов как последствия инъекционного потребления кокаина;
- ✓ отоларинголог – при воспалительных и атрофических патологических процессах тканей носа и верхних дыхательных путей при интраназальном употреблении кокаина;
- ✓ стоматолог - при воспалительных и атрофических патологических процессах в ротовой полости;
- ✓ челюстно-лицевой хирург – при воспалительных процессах (гнойных, некротических) мягких тканей, тканей ротовой полости, челюстей при пероральном, интраназальном употреблении кокаина;
- ✓ психотерапевт - при нестабильных психоэмоциональных состояниях, при определении показаний на прохождение психотерапевтической реабилитации;
- ✓ физиотерапевт - при определении показаний для физиолечения.

## 2.1. Диагностический алгоритм:



## 2.2. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Шизофрения (F20.0-22.0)	<p>Высокая коморбидность шизофрении и злоупотребления психоактивными веществами (в том числе кокаином): употребление ПАВ среди лиц с шизофренией в 2 раза чаще</p> <p>Высокая частота психотических расстройств в рамках острой интоксикации, синдрома отмены кокаина</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование</p>	<p>Отсутствие диагностических критериев, установленных клиническим протоколом «Шизофрения», а именно: На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца (или в течение какого-либо времени в большинстве дней) должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).</p> <p>1) Минимум один из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "эхо" мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей;</li> <li>• бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям;</li> <li>• бредовое восприятие;</li> <li>• галлюцинаторные "голоса", представляющие собой текущий комментарий</li> </ul>

		<p>поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• стойкие бредовые идеи другого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).</li> </ul> <p>2) или минимум два признака из числа следующих:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;</li> <li>• неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;</li> </ul>
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;</li> <li>• "негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или нейролептической терапией).</li> </ul>
Аффективные расстройства (F30-39)	<p>Высокая коморбидность аффективных расстройств и злоупотребления психоактивными веществами (в том числе кокаином): преципитирующая роль кокаина в манифесте аффективных расстройств; аффективные расстройства утяжеляют течение зависимости от кокаина</p> <p>Высокая частота психотических и аффективных расстройств в клинике всех синдромов ППР, вызванных употреблением кокаина</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования (гормональный профиль)</p>	<p>Возникновение и персистирования симптомов возникает вслед за употреблением ПАВ (кокаина)</p> <p>Присутствует указание на прием кокаина;</p> <p>Отсутствуют диагностические критерии согласно клиническим протоколам «Маниакальный эпизод», «Депрессивный эпизод», «биполярное аффективное расстройство», «Рекуррентное аффективное расстройство», «Устойчивые расстройства настроения»</p>
Органическое психическое расстройства	<p>Клиническое течение органических психических расстройств может происходить с</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса),</p>	<p>Отсутствие органических признаков нарушений головного мозга, подтверждаемых</p>

	<p>психопатизацией, волевыми нарушениями, которые обеспечивают играют патогенетическую роль в аддиктивном поведении</p> <p>Отсутствие своевременной диагностики органических психических расстройств снижает терапевтические и реабилитационные возможности при работе с людьми, страдающими зависимостью от кокаина</p> <p>Высокий риск вторичного развития органической патологии ЦНС на фоне употребления кокаина</p>	<p>экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, гормональный профиль, нейрофизиологические исследования (РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ), По показаниям КТ, МРТ головного мозга</p>	<p>инструментально</p> <p>Отсутствие объективных подтверждений соматических нарушений (физикальных, лабораторных, инструментальных)</p>
<p>ППР вследствие употребления ПАВ (F10, F11, F12, F13, F15, F16)</p>	<p>Высокий риск трансформации зависимости и перехода на злоупотребление алкоголем или иными наркотическими средствами (чаще стимуляторами)</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование</p>	<p>Наличие указаний на употребление ПАВ, иных, нежели кокаин</p> <p>Положительные токсикологические тесты на ПАВ иные, нежели кокаин</p>

### 3. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

#### 3.1. Немедикаментозное лечение:

режим общий;

диета – стол №15;

*психолого-психотерапевтическое лечение* УД-А [10, 18, 21]:

- ✓ информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП);
- ✓ 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.

### 3.2. Медикаментозное лечение:

Включает коррекцию поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде, противорецидивную терапию обострений патологического влечения [14-16, 28, 30-32, 45, 63-69].

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения) нет**

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Бета-блокаторы	Пропранолол	Перорально: 20 мг * раза в сутки - 3 дня, затем 40 мг * 2 раза 4 дня, затем 40 мг утром, 20 мг в обед и 40 мг утром в течение 8 недель,	УД- В [30]
Противоэпилептические препараты (с вегетостабилизирующим и тимоаналептическим эффектом)	Карбамазепин	Таблетки 200мг, до 400мг в сутки внутрь, 2-4 раза в день, № 20-30	УД -А [14]
Противоэпилептические препараты (с вегетостабилизирующим и тимоаналептическим эффектом)	Топирамат	300 мг в сутки №42 дня	УД –А [14]
Антипсихотические препараты	Оланзапин	Таблетки 5мг,10мг, до 20мг в сутки внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД –А [28]
Антипсихотические препараты	Кветиапин	Таблетка 100мг и 200мг, до 400мг в сутки внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД –А [28]
Антипсихотические препараты	Рisperидон	Таблетка 4мг, до 6мг в сутки внутрь, 2 раза в день,	УД –А [28]

		№ 20-30	
Антидепрессанты	Флуоксетин	Капсулы 20мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД –А [14]
Антидепрессанты	Сертралин	Таблетки 50мг и 100мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД –А [14]
Антидепрессанты	Венлафаксин	300 мг в сутки № 84	УД –А [14]
Антидепрессанты	Миртазапин	45 мг в сутки Iуц	УД –А [14]

**3.3. Хирургическое вмешательство:** нет.

**3.4. Дальнейшее ведение:** пациента осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

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

- воздержание от употребления ПАВ с идентификацией в биологических средах;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента;
- катamnестические сведения, подтверждающие воздержание и ремиссию.

**4. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации**

1) Показания для плановой госпитализации:

- синдром зависимости от кокаина.

1) Показания для экстренной госпитализации в токсикологический стационар:

- Острая интоксикация кокаином осложнённая

Показания для экстренной госпитализации в наркологический/психиатрический стационар:

- Острая интоксикация кокаином
- Острая интоксикация кокаином осложнённая нарушениями восприятия
- Абстинентное состояние вследствие употребления кокаина, в том числе с нарушениями восприятия
- Психотическое расстройство вследствие употребления кокаина.

**5. Тактика лечения на стационарном уровне:**

**5.1. Немедикаментозное лечение:**

режим – I, II, (охранительный, препятствующий употреблению психоактивных веществ в условиях лечения);  
диета – стол №15.

**Психотерапевтическая помощь** [6, 7-18, 49, 50, 51, 57-58]:

информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП) (УД-А);

программы снижения вреда (УД-А);

мотивационное консультирование (УД-А);

психологическое консультирование (индивидуальное и групповое) (УД-В);

психологическая коррекция (индивидуальная и групповая) (УД-А);

когнитивно-поведенческая психотерапия (индивидуальная и групповая) (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);

неструктурированная вспомогательная психотерапия;

мотивационные методы собеседования;

ситуационные вмешательства структурированного, прозрачного подхода, стимулирующего желаемые типы поведения через вознаграждение или наказание [10, 18, 21].

Социальная помощь:

терапевтическое сообщество (УД-А);

психосоциальная поддержка решения вопросов жилья,

трудоустройства, образования, социального обеспечения, юридических проблем;

семейная психотерапия;

помощь в удовлетворении основных жизненных потребностей (пища, одежда, базовая медико-санитарная помощь, принадлежность к сообществу);

профессионально-техническое обучение;

программы занятий на досуге;

группы самопомощи;

обучение социальным навыкам [10, 18, 21].

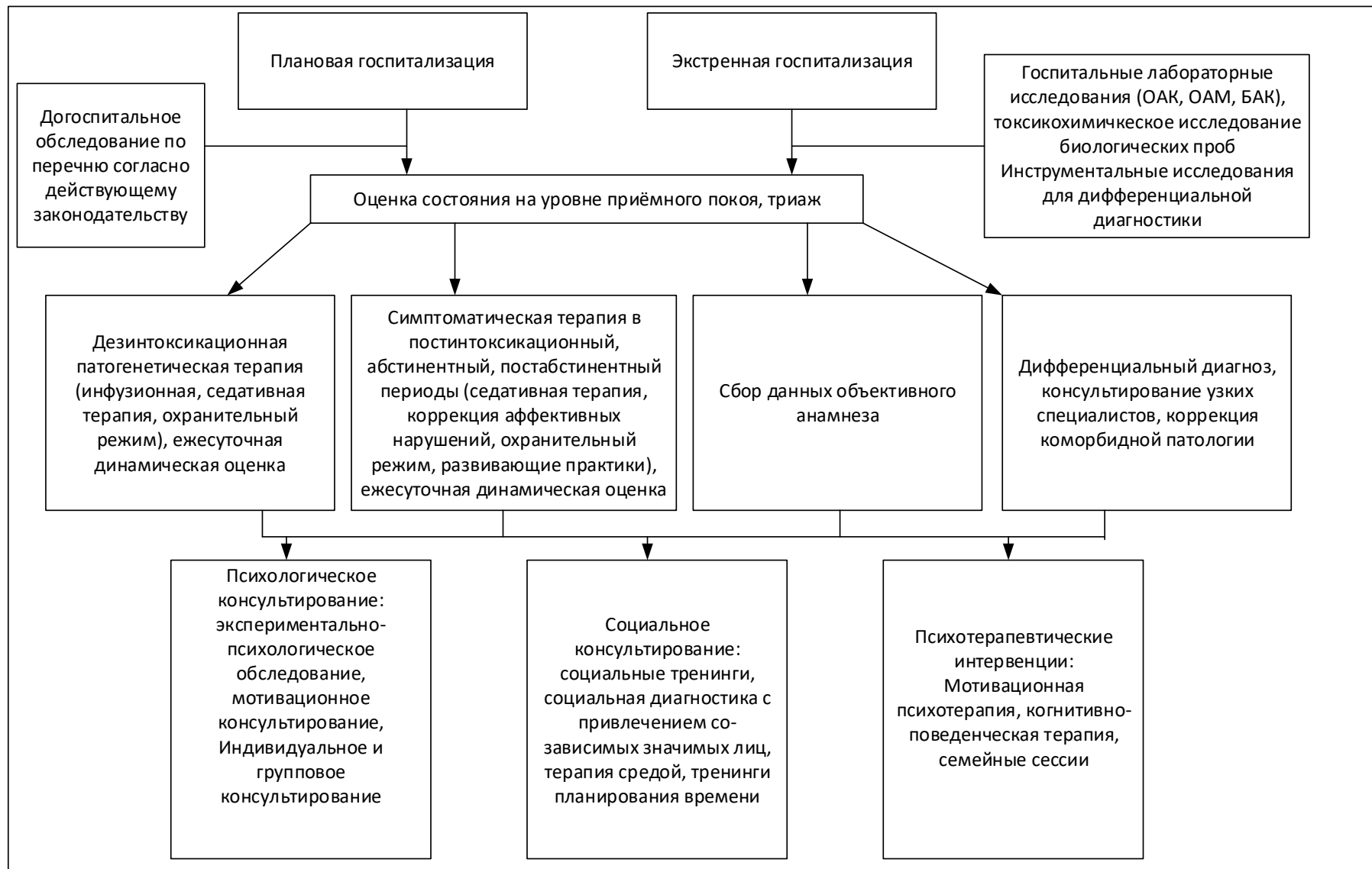


Схема – Алгоритм стационарного лечения

**5.3. Медикаментозное лечение [10, 14-16, 28, 30-32, 45, 63-69]:  
Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 %  
вероятность применения): не предусмотрен.**

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 %  
вероятности применения):**

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>МНН лекарственного средства</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
Бета-блокаторы	Пропранолол	Перорально: 20 мг * раза в сутки - 3 дня, затем 40 мг * 2 раза 4 дня, затем 40 мг утром, 20 мг в обед и 40 мг утром в течение 8 недель,	УД- В [10, 30]
Противоэпилептические препараты (с вегетостабилизирующим и тимоаналептическим эффектом)	Карбамазепин	Таблетки 200мг, до 400мг в сутки внутри, 2-4 раза в день, № 20-30	УД -А [14]
Противоэпилептические препараты (с вегетостабилизирующим и тимоаналептическим эффектом)	Топирамат	300 мг в сутки №42 дня	УД –А [14]
Антипсихотические препараты	Оланзапин	Таблетки 5мг,10мг, до 20мг в сутки внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД –А [28]
Антипсихотические препараты	Кветиапин	Таблетка 100мг и 200мг, до 400мг в сутки внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД –А [28]
Антипсихотические препараты	Рisperидон	Таблетка 4мг, до 6мг в сутки внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД –А [28]
Антидепрессанты	Флуоксетин	Капсулы 20мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД –А [14]
Антидепрессанты	Сертралин	Таблетки 50мг и	УД –А [14]

		100мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	
Антидепрессанты	Венлафаксин	300 мг в сутки № 84	УД –А [14]
Антидепрессанты	Миртазапин	45 мг в сутки № 84	УД –А [14]
Бензодиазепины	Диазепам	40-50 мг/сутки	УД- С [45]

**5.4. Хирургическое вмешательство:** нет.

**5.5. Дальнейшее ведение:** осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

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

- ✓ полное воздержание от употребления ПАВ с идентификацией в биологических средах;
- ✓ улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- ✓ нормализация социально-психологического статуса пациента;
- ✓ катamnестические сведения, подтверждающие воздержание и ремиссию.

**6. Организационные аспекты внедрения протокола:**

**6.1. Список разработчиков:**

1) Ешимбетова Саида Закировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», врач психиатр.

2) Распопова Наталья Ивановна – д.м.н., кафедры психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», врач психиатр высшей квалификационной категории.

3) Абетова Айгулим Абдурасуловна – к.м.н., руководитель отдела менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК, врач психиатр высшей квалификационной категории, врач детский психиатр – сертификат.

4) Прилуцкая Мария Валерьевна, врач-психотерапевт Филиала РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК г. Павлодар, и.о. ассоциированного профессора кафедры Персонализированной медицины Павлодарского филиала НАО "Медицинский университет Семей"

**6.2. Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет

**6.3. Рецензент:** Павленко Валерий Петрович – ответственный по курсу психиатрии и наркологии НАО «Западно – Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», д.м.н., доцент.

**6.4. Условие пересмотра клинического протокола:** Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**6.5. Список использованной литературы:**

1. «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения». Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-305/2020 от 21 декабря 2020 года, Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года № 21856.

2. «Об утверждении Списка наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан, Сводной таблицы об отнесении наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров, обнаруженных в незаконном обороте, к небольшим, крупным и особо крупным размерам, Списка заместителей атомов водорода, галогенов и (или) гидроксильных групп в структурных формулах наркотических средств, психотропных веществ». Постановление Правительства Республики Казахстан от 3 июля 2019 года № 470.

3. Abdulrahim D & Bowden-Jones O, on behalf of the Neptune Expert Group. Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. Novel Psychoactive Treatment UK Network (Neptune). London, 2015.

4. Alagiakrishnan K., Wiens C.A. An approach to drug induced delirium in the elderly // Postgrad Med J 2004; 80:388–393,

5. Alessandro L, Ricciardi M, Chaves H, Allegri RF. Acute amnestic syndromes. J Neurol Sci. 2020 Jun 15;413:116781. doi: 10.1016/j.jns.2020.116781. Epub 2020 Mar 18. PMID: 32203745.

6. American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. Psychotherapy. 2013; № 50 (1); 102–109.

7. Ball SA, Carroll KM, Babor TF, Rounsaville BJ. Subtypes of cocaine abusers: support for a type A-type B distinction. J Consult Clin Psychol. 1995 Feb;63(1):115-24. doi: 10.1037//0022-006x.63.1.115. PMID: 7896976.

8. Balster RL1, Cruz SL, Howard MO, Dell CA, Cottler LB. Classification of abused inhalants.// Addiction. 2009 Jun;104(6):878-82.

9. Basu D, Ghosh A. Substance use and other addictive disorders in international classification of Diseases-11, and their relationship with diagnostic and statistical Manual-5 and international classification of Diseases-10. Indian J Soc Psychiatry 2018;34, Suppl S1:54-62.

10. Bentzley BS, Han SS, Neuner S, Humphreys K, Kampman KM, Halpern CH. Comparison of Treatments for Cocaine Use Disorder Among Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021 May

3;4(5):e218049. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.8049. PMID: 33961037; PMCID: PMC8105751.

11. Brian E. Perron, Matthew O. Howard, Michael G. Vaughn, Christopher N. Jarman Inhalant Withdrawal as a Clinically Significant Feature of Inhalant Dependence Disorder // *Med Hypotheses*. 2009 Dec; 73(6): 935–937.

12. Brouette T, Anton R. Clinical review of inhalants. *Am J Addict*. 2001 Winter;10(1):79-94. doi: 10.1080/105504901750160529. PMID: 11268830

13. Center for Substance Abuse Treatment. Treatment for Stimulant Use Disorders. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 33.) Chapter 2—How Stimulants Affect the Brain and Behavior. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64328/>

14. Chan B, Kondo K, Freeman M, Ayers C, Montgomery J, Kansagara D. Pharmacotherapy for Cocaine Use Disorder-a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2019;34(12):2858-2873. doi:10.1007/s11606-019-05074-8

15. Kondo K, Kansagara D. Pharmacotherapy for Cocaine Use Disorder-a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2019;34(12):2858-2873. doi:10.1007/s11606-019-05074-8]

16. Courtney, D., Milin, R. Pharmacotherapy for Adolescents with Substance Use Disorders. *Curr Treat Options Psych* 2, 312–325 (2015). <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0053-6>

17. Darker C.D., Sweeney B.P., Barry J.M., et al. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD009652.

18. De Crescenzo F, Ciabattini M, D'Alò GL, De Giorgi R, Del Giovane C, Cassar C, et al. (2018) Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med* 15(12): e1002715. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002715>

19. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association.

20. Dinis-Oliveira RJ, Carvalho F, Duarte JA, Proença JB, Santos A, Magalhães T. Clinical and forensic signs related to cocaine abuse. *Curr Drug Abuse Rev*. 2012 Mar;5(1):64-83. doi: 10.2174/1874473711205010064. PMID: 22280333.

21. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2008 Feb;165(2):179-87. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06111851. Epub 2008 Jan 15. PMID: 18198270.

22. Gaur N, Gautam M, Singh S, Raju VV, Sarkar S. Clinical Practice Guidelines on Assessment and Management of Substance Abuse Disorder in Children and Adolescents. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(Suppl 2):333-349. doi:10.4103/psychiatry



23. Gawin FH, Kleber HD. Evolving conceptualizations of cocaine dependence. *Yale J Biol Med.* 1988;61(2):123-136.]:
24. Giannini J. A. Approach to Drug Abuse, Intoxication and Withdrawal// *Am FamPhysician.* 2000 May 1;61(9):2763-2774.
25. Graves S. M., Rafeyan R., Watts J., Napier T. C. Mirtazapine, and mirtazapine-like compounds as possible pharmacotherapy for substance abuse disorders: Evidence from the bench and the bedside // *Pharmacol Ther.* 2012 Dec; 136(3): 343–353.
26. Gunja N. The Clinical and Forensic Toxicology of Z-drugs // *J Med Toxicol.* 2013 Jun; 9(2): 155–162
27. Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA.* 1996 Nov 20;276(19):1580-8. PMID: 8918856.
28. Indave BI, Minozzi S, Pani PP, Amato L. Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 19;3:CD006306. doi: 10.1002/14651858.CD006306.pub3. PMID: 26992929
29. Jaffee W.B., Trucco E., Levy S., Weiss R.D. Is this urine really negative? A systematic review of tampering methods in urine drug screening and testing. *Subst Abuse Treat.* 2007; № 33(1): 33–42.
30. Kampman KM, Volpicelli JR, Mulvaney F, Alterman AI, Cornish J, Gariti P, Cnaan A, Poole S, Muller E, Acosta T, Luce D, O'Brien C. Effectiveness of propranolol for cocaine dependence treatment may depend on cocaine withdrawal symptom severity. *Drug Alcohol Depend.* 2001 Jun 1;63(1):69-78. doi: 10.1016/s0376-8716(00)00193-9. PMID: 11297832.
31. Logan D.E., Marlatt G.A. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol.* 2010; № 66(2):201-14.
32. Moeller K.E., Lee K.C., Kissack J.C. Urine drug screening: practical guide for clinicians. *Mayo Clin Proc.* 2008; № 83(1):66–76.
33. Nelson M.E., Bryant S.M., Axs S.E. Emerging drugs of abuse // *Emerg Med Clin North Am.* — 2014. — T. 32:1-28.
34. Report of the international committee for drug control – 2016 ed. [Электронный ресурс]. World Health Organization, 2016; 121 с. URL: [www.who.int](http://www.who.int).
35. Rolland B., Naassila M. Binge drinking: current diagnostic and therapeutic issues. *CNS Drugs.* 2017; № 31(3):181-186.
36. Satel SL, Kosten TR, Schuckit MA, Fischman MW. Should protracted withdrawal from drugs be included in DSM-IV? *Am J.Psychiatry.* 2012; 150:695–704.
37. Sofuoglu M, Dudish-Poulsen S, Poling J, Mooney M, Hatsukami DK. The effect of individual cocaine withdrawal symptoms on outcomes in cocaine users. *Addict Behav.* 2005 Jul;30(6):1125-34. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.10.010. Epub 2004 Nov 2. PMID: 15925122
38. Specimen Validity Testing. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. February 2005. [Электронный ресурс]. —

[http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Files\\_Drug\\_Testing/Labs/Specimen%20Validity%20Testing%20-%20February%202005.pdf](http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Files_Drug_Testing/Labs/Specimen%20Validity%20Testing%20-%20February%202005.pdf). Accessed January 7, 2009.

39. Specimen Validity Testing. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. February 2005. [Электронный ресурс]. –

[http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Files\\_Drug\\_Testing/Labs/Specimen%20Validity%20Testing%20-%20February%202005.pdf](http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Files_Drug_Testing/Labs/Specimen%20Validity%20Testing%20-%20February%202005.pdf). Accessed January 7, 2009.

40. Standridge J. B., Adams S. M., Zotos A.P. Urine drug screening: a valuable office procedure. *Am. Fam. Physician.* 2010; № 81(5): 635-640.

41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (December 13, 2012). The TEDS Report: Admissions Reporting Benzodiazepine and Narcotic Pain Reliever Abuse at Treatment Entry. Rockville, MD

42. Tang, Y., Martin, N. L., & Cotes, R. O. (2014). Cocaine-Induced Psychotic Disorders: Presentation, Mechanism, and Management. *Journal of Dual Diagnosis*, 10(2), 98–106. doi:10.1080/15504263.2014.906133

43. Thompson W., Lande R. G., Kalapatapu R.K Alcoholism Workup. *Laboratory Studies*. [Электронный ресурс]. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#с6>.

44. US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. Urine specimen collection handbook for federal agency workplace drug testing programs. [Электронный ресурс]. 2004. URL: [http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Level\\_1\\_Pages/](http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Level_1_Pages/).

45. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Hitzemann R, Gatley SJ, Dewey SS, Pappas N. Enhanced sensitivity to benzodiazepines in active cocaine-abusing subjects: a PET study. *Am J Psychiatry*. 1998 Feb;155(2):200-6. doi: 10.1176/ajp.155.2.200. PMID: 9464198.]

46. World Health Organization. ICD-10 diagnostic guidelines of harmful use. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition2/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/en/).

47. Zimmerman, J. L. (2012). Cocaine Intoxication. *Critical Care Clinics*, 28(4), 517–526. doi:10.1016/j.ccc.2012.07.003

48. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Шустов Д.И., Рычкова О.В. Основные методы психотерапии наркологических больных. Дифференцированное применение психотерапевтического воздействия. В кн.: Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; Глава 10; С. 699-711.

49. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д. Введение в психотерапию в наркологии, применение научно-доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; Глава 10; С. 688-699.

50. Баранова О.В. Современные психотерапевтические методы, применяемые в наркологической практике. В кн.: Е.А. Кошкина.

Клинические и организационные вопросы наркологии. М.: Гениус Медиа, 2011; С. 272–304.

51. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. В кн.: Н.Н. Иванец. Лекции по наркологии. М.: Медпрактика, 2001; С.233–243.

52. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош. 2003; 215 с.

53. Департамент психического здоровья и токсикомании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Группа технических экспертов, секретариат Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН). (2010,2015). Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением: 1-148.

54. Ескалиева А.Т., Мусабекова Ж.К., Аяганова Д.Е., Прилуцкая М.В. Методы диагностики, лечения расстройств, связанных с употреблением новых психоактивных веществ (синтетические каннабиноиды). Методические рекомендации. – 2015.- С.32-34.

55. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. В кн.: Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: Изд «Гэотар-Медиа», 2009; С. 409-442.

56. Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Стрелец Н.В., Уткин С.И. Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий (в таблицах). М., 2000; 57 с.

57. Катков А.Л. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий). – Павлодар, 2012. – 189 с.

58. Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. // Вопросы наркологии Казахстана. - 2014. - Т. 2, 1. -С. 30-33.

59. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 944с.

60. Национальное руководство по наркологии. Под ред. Н. Н. Иванца. – М. Геотар. –Мед – 2015

61. Пивень Б.Н., Конева О.П., Лобачева Л.С., Славщик Г.И., Строганов А.Е., Шереметьева И.И., Лещенко Л.В., Колесников Е.А.. Психиатрия и наркология. Методические материалы. – Барнаул: АГМУ, 2005. - 108 с.

62. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V Международной классификации болезней 10-го пересмотра). М.: Минздрав России, 1998; 511с.

63. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. — с. 238-283

64. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. М.: Литтера, 2010; 255 с.

65. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. Краткое справочное руководство. Под редакцией Н.М. Жарикова: Медицина. 2000; 352 с.

66. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. СПб: издательство «Лань», 1999; 352 с.

67. Шабанов, П. Д. Наркология: руководство для врачей / Шабанов П. Д. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2245-8. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422458.html>

68. [Электронный ресурс] <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1199/treatment-algorithm>.

69. [Электронный ресурс] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/chapter/Recommendations>.