

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

### ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ (ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ)

#### 1. Вводная часть:

##### 1.1. Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
F 10	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя
F10.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Пагубное (с вредными последствиями) употребление;
F10.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости
F10.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние (синдром отмены)
F10.4	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием
F10.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Психотическое расстройство
F10.20	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание
F10.21	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление

##### 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
МКБ 10	–	Международная классификация болезней
МСР	–	медико-социальная реабилитация
ПВ	–	патологическое влечение
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
РЭГ	–	реоэнцефалография

УД	–	уровень доказательности
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЦНС	–	центральная нервная система
ЧМТ	–	черепно-мозговая травма
ЭКГ	–	электрокардиографическое исследование

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

**1.5 Категория пациентов:** взрослые.

### 1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированное контролируемое исследование (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 (++) когортное 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.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

### 1.7 Определение.

Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя – это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности [7].

### 1.8 Клиническая классификация [2].

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

### Классификация по формам злоупотребления алкоголем:

- однодневные эксцессы с перерывами в 2-3 дня без опохмеления;

- однодневные процессы с опохмелением;
- непостоянное пьянство с опохмелением;
- постоянное пьянство с опохмелением на фоне нарастающей или высокой толерантности;
- периодический тип пьянства в виде псевдозапоев;
- перемежающееся пьянство;
- постоянное пьянство на фоне сниженной толерантности;
- периодическое пьянство в виде истинных запоев (дипсомания) [3].

#### **Классификация по оценке прогрессивности:**

- злокачественно-прогрессивный;
- прогрессивный с медленным течением;
- стационарное течение;
- ремиттирующее течение;
- регрессивное течение.

## **2 МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ**

### **Диагностические критерии**

#### **Синдром острой интоксикации алкоголем:**

Жалобы: непреодолимое влечение к употреблению алкоголя, головокружение, нарушение координации, выраженные перепады настроения; головная боль, тошнота, рвота, слабость, отсутствие аппетита;

анамнез: сведения об эпизоде либо систематическом употреблении алкоголя или алкогольсодержащих веществ;

физикальное обследование:

психический статус: отмечаются расстройства во всех видах психической деятельности в зависимости от степени опьянения: восприятие нарушено, нарушение стройности мышления, речи, настроения и поведения (от эйфорического до агрессивного), дисфория, регистрируются объективные признаки переживаемых обманов восприятия, амнезия по выходу или нарушение восприятия реальных событий, забывание болезненных переживаний.

соматовегетативный и неврологический статус: гиперемия, отечность лица, блеск глаз, расширение зрачков, инъекирование склер, горизонтальный нистагм, шаткая походка, движения замедлены, неточны, тремор пальцев, век, затруднение в выполнении координационных проб, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе [7].

#### **Синдром употребления с вредными последствиями:**

жалобы: могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении алкоголя, могут быть указания на перепады настроения, подавленность, утомляемость, слабость после эпизодов приема алкоголя,;

анамнез: длительное эпизодическое нерегулярное употребление алкоголя;

физикальное обследование:

психический статус: перепады настроения, раздражительность, утомляемость, медлительность, дисфория, нарушение концентрации внимания, снижение познавательной активности;

соматовегетативный и неврологический статус: лабильность артериального давления, головные боли, нарушения сна, нарушения аппетита, судороги

отдельных групп мышц, диспепсические явления (тошнота, изжога). [7].

### **Синдром зависимости:**

жалобы: навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению алкоголя, раздражительность, сниженное настроение, тревога, расстройства сна, сны по тематике связанные с употреблением алкоголя, утрата контроля над приемом спиртного, в том числе во время опьянения, рост потребности в дозе алкоголя, снижение познавательных функций, трудность в сосредоточении внимания, дискоординация, потеря интереса к обычным событиям и объектам из жизни в пользу потребления алкогольных напитков;

анамнез: сведения о систематическом употреблении алкоголя, сведения о сформированной зависимости от алкоголя, нарушенная способность контролировать прием спиртного, снижение эффекта от первоначальных доз, стирание яркости переживаемых обманов восприятия, состояние отмены, стойкое употребление алкоголя вопреки ясным доказательствам вредных последствий, в период воздержания от употребления 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);

соматовегетативный и неврологический статус: головные боли, головокружения нарушения сна, нарушения аппетита, судороги отдельных групп мышц, тремор пальцев рук и кистей, онемение и парестезии в конечностях, лабильность артериального давления, диспепсические явления (тошнота, изжога), мнестические нарушения.

### **Психотическое расстройство:**

жалобы: наличие непреодолимого влечения к алкоголю; нарушение сна; учащённое сердцебиение; повышение АД.

анамнез: сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему алкогольных напитков или алкогольсодержащих веществ; сниженная способность контролировать прием алкогольных напитков; состояние отмены или абстинентный синдром; повышение толерантности к эффектам алкоголя; поглощенность употреблением алкогольных напитков; чаще возникает во время или после непосредственного употребления, реже в последние дни запоя; развитию психоза предшествуют аффективные нарушения - тревога, бредовая настороженность, у женщин чаще депрессия;

физикальное обследование:

психический статус: сознание обычно ясное, но возможна некоторая степень его помрачения; наличие расстройств восприятия - истинные слуховые галлюцинации, часто множественного характера, усиливающиеся в вечернее время; аномальный аффект (обычно страх или экстаз), бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения, обвинения), содержание которых тесно связано с галлюцинациями; бредовое поведение с психомоторным возбуждением, преобладанием суетливости, стремлением прятаться, убежать может сменяться ступором или периодами относительно упорядоченного поведения, маскирующим психоз; все виды ориентировки сохранены;

соматовегетативный и неврологический статус: гиперемия и отечность лица шеи, блеск глаз, инъектирование склер, горизонтальный нистагм, повышение АД, ЧСС, ЧД; тремор пальцев, век, затруднение в выполнении координационных проб, атаксия; мышечная гипотония; гиперрефлексия; увеличение печени [7].

**Абстинентное состояние (синдром отмены):**

жалобы: общее беспокойство, вялость, трудность засыпания, бессонница, головная боль, учащенное сердцебиение, тошнота, рвота, сниженный фон настроения;

анамнез: сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему алкогольных напитков или алкогольсодержащих веществ; неспособность контролировать прием алкогольных напитков; сведения о регулярном употреблении алкоголя, сведения о прекращении потребления в ближайшие 24 часа;

физикальное обследование:

психический статус: психомоторное возбуждение, напряженная дисфория, подозрительность, тревога, подавленный фон настроения, дисфория, агрессия, возможны обманы восприятия при ясном сознании;

соматовегетативный и неврологический статус: гиперемия и отечность лица шеи, блеск глаз, инъектирование склер, горизонтальный нистагм, шаткая походка, движения замедлены, неточны, затруднение в выполнении координационных проб, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе, судороги отдельных групп мышц, тремор пальцев рук и кистей, языка, повышение АД, ЧСС, ЧД; мышечная гипотония, отсутствие аппетита, рвота, болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. [7].

**Абстинентное состояние с делирием:**

жалобы: наличие непреодолимого влечения к алкоголю, отсутствие аппетита, отсутствие сна, подавленный фон настроения, чувство страха и тревоги, ощущение преследования;

анамнез: сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему алкогольных напитков или алкогольсодержащих веществ; сниженная способность контролировать прием алкогольных напитков; состояние отмены или абстинентный синдром, возникающее, когда прием алкогольных напитков уменьшается или прекращается; повышение толерантности к эффектам алкоголя; поглощенность употреблением алкогольных напитков; недавнее прекращение приема или снижение дозы алкоголя после употребления алкоголя в течение длительного времени и/или в высоких дозах.

физикальное обследование:

психический статус: психомоторное возбуждение с преобладанием суетливости, стремлением прятаться, убежать; нарушения ориентировки во времени, в окружающей обстановке при сохранности ориентировки в собственной личности; нарушения восприятия- иллюзии и галлюцинации (преимущественно зрительные галлюцинации, парейдолии); неустойчивость и повышенная отвлекаемость внимания (иногда достигающая степени свертотвлекаемости); аффективная лабильность; наличие образного бреда преследования или физического уничтожения, реже бредовые идеи иного содержания;

соматовегетативный и неврологический статус: отечность лица шеи, блеск глаз, инъектирование склер, горизонтальный нистагм, отсутствие аппетита, рвота; увеличение печени, движения хаотичные, «перебирает пальцами рук одежду,

вещи», затруднение в выполнении координационных проб, судороги отдельных групп мышц, тремор пальцев рук и кистей, языка, повышение АД, ЧСС, ЧД; мышечная гипотония, повышение температуры тела (субфебрильная); повышение АД, ЧСС, ЧД; мелкое дрожание (тремор); атаксия; мышечная гипотония; гиперрефлексия; в 10-19% случаев развитию делирия предшествуют единичные или множественные судорожные припадки; [7].

**Лабораторные исследования** (для всех вышеуказанных синдромов), согласно внутреннему распорядку стационара [1,2,3]:

общий анализ крови (6 параметров): норма/умеренное увеличение СОЭ и количества лейкоцитов, гипохромия эритроцитов, снижение цветного показателя, микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов;

общий анализ мочи: норма/лейкоцитурия различной степени выраженности, микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия ;

биохимический анализ крови (определение общего белка, креатинина, АсТ, АлТ, глюкозы крови, определение билирубина, тимоловая проба): норма/ повышение креатинина, ферментных показателей печеночных проб, глюкозы свидетельствуют об общих метаболических сдвигах;

анализ крови на реакцию Вассермана (микрореакция);

**Инструментальные исследования** (для всех вышеуказанных синдромов), согласно внутреннему распорядку стационара:

ЭКГ: норма/

- смещение интервала ST книзу от изолинии (иногда даже горизонтальный тип смещения, что требует дифференциальной диагностики с ИБС);
- снижение амплитуды зубца T, его сглаженность или даже негативность;
- в грудных отведениях регистрируется зубец двухфазный или высокий T;
- увеличение амплитуды положительного зубца T;
- расширение и расщепление зубцов Pп/ увеличение амплитуды зубцов Pп-ш.
- флюорография / рентгенография органов грудной клетки.

**Дополнительное обследование:**

УЗИ: норма/ увеличение печени, селезенки, диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы, соответствующие сопутствующей соматической патологии;

РЭГ: норма/ дистония сосудов головного мозга, нарушение объемного пульсового кровенаполнения сосудов головного мозга;

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) [2,3]:

терапевт - при наличии соматической патологии;

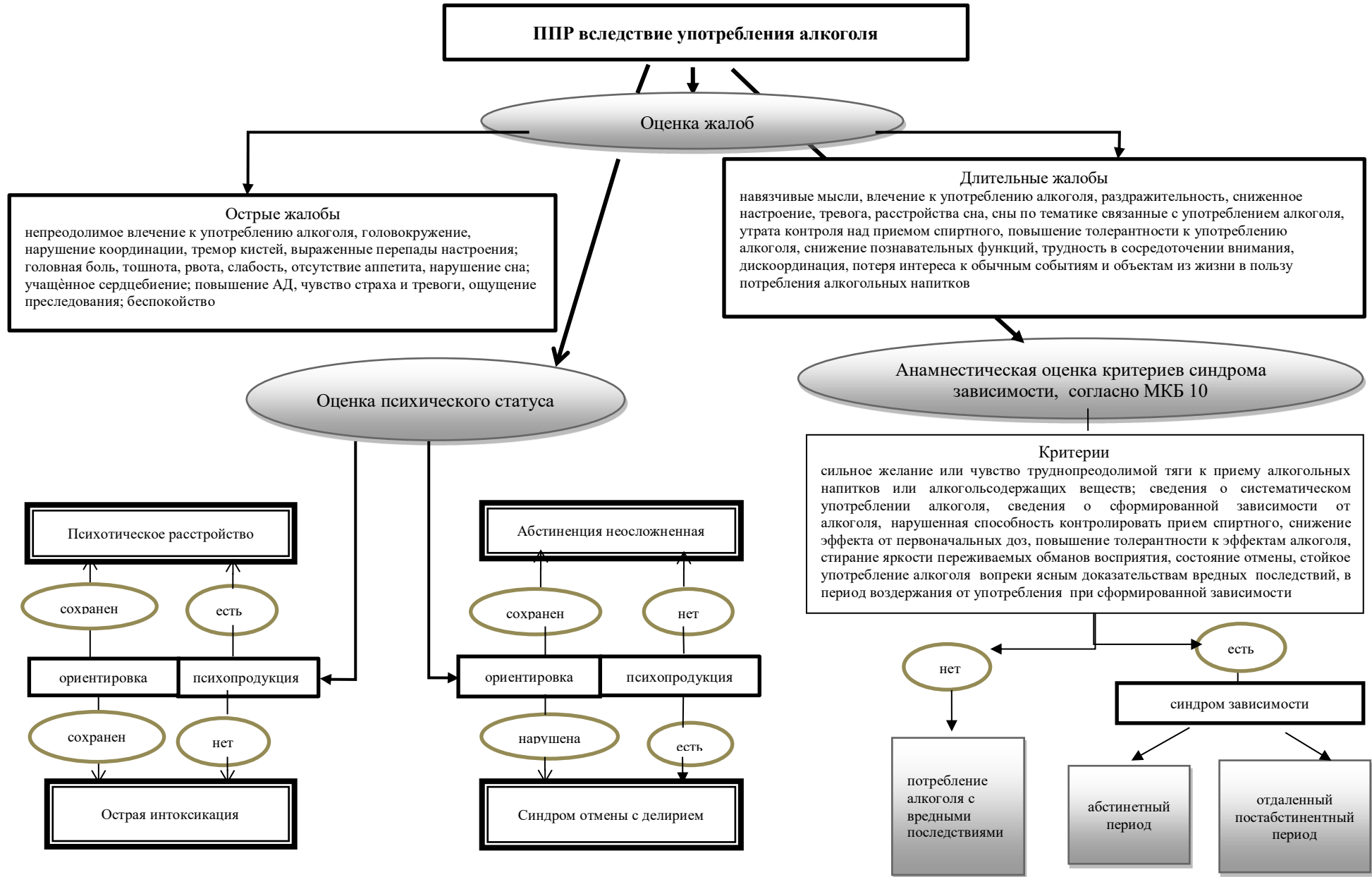
инфекционист - при развитии токсического гепатита,

невропатолог - 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;  
отоларинголог – при воспалительных и токсических поражениях слизистых носа и гортани,  
психотерапевт - при нестабильных психоэмоциональных состояниях, при определении показаний на прохождение психотерапевтической реабилитации;  
физиотерапевт - при определении показаний для физиолечения.

# Диагностический алгоритм:





### Дифференциальный диагноз:

**Таблица 1.** Дифференциальная диагностика бытового пьянства и хронического алкоголизма I, II и III стадии (Иванец Н.Н., 2002г)

Признак	Бытовое пьянство	I стадия	II стадия	III стадия
Толерантность к алкоголю	Низкая	Увеличение толерантности в 2-3 раза	Увеличение толерантно-сти в 5-6 раз, плато толерантности	Снижение толерантности на 50%
Защитный рвотный рефлекс	Сохранен	Утрачен	Утрачен	Появление защитного рвотного рефлекса
Ситуационный контроль	Сохранен	Сохранен	Утрачен	Утрачен
Количественный контроль	Сохранен	Утрачен	Утрачен	Утрачен со снижением критической дозы алкоголя
Опьянение	Очерченный этап эйфории	Постепенное уменьшение эйфории и нарастание дисфории, алкоголь-ные палимпсесты	Появление измененных форм опьянения, амнестические формы опьянения	Отсутствует или слабо выражена эйфория, уменьшение агрессивности и расторможенности, при передозировке быстро наступает оглушение и сопорозные явления, амнестические формы опьянения
Алкогольный абстинентный синдром	Отсутствует	Отсутствует	Сформирован	Сформирован
Форма употребления алкоголя	Эпизодическое или ситуационное пьянство	Алкогольные экс-цессы сочетаются с периодами воздержания или ежедневным приемом небольших доз алкоголя	Постоянное пьянство или псевдозапой	Постоянное пьянство на фоне низкой толерантности или периодические, циклические запои
Изменения личности	Отсутствуют	Морально-этическое снижение	Заострение преморбидных личностных черт	Деградация личности, психоорганический синдром
Алкогольные психозы	Отсутствуют	Отсутствуют	Острые и затяжные	Острые, затяжные и хронические

**Таблица 2.** Дифференциальная диагностика состояния отмены алкоголя и постинтоксикационного состояния (алкогольного отравления, возникающего после употребления токсических доз алкоголя у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью)

№	Признак	Состояние отмены алкоголя	Алкогольное постинтоксикационное состояние
1	Влечение к алкоголю	Сопровождается выраженным влечением к алкоголю	Отсутствие влечения к алкоголю, чаще отвращение к спиртному
2	Доза алкоголя	Возникает независимо от дозы алкоголя вслед за резким прекращением его приема	Возникает после употребления индивидуально высоких доз алкоголя
3	Клинические проявления	Комплекс психопатологических, соматических и неврологических расстройств, характерных для ААС	Преобладание астении и проявлений токсикоза (рвота, сонливость, оглушение)
4	Влияние алкоголя на клинические проявления	Устраняет клинические проявления ААС	Не снимает, а наоборот, усиливает токсические явления

**Таблица 3.** Дифференциальная диагностика острых алкогольных галлюцинозов, и галлюцинозов, возникающих у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом. (Шейнин Л. М., 1983)

№	Диагностические критерии	Алкогольный галлюциноз	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность злоупотребления алкоголем обычно более 5-ти лет, давность похмельного синдрома чаще не менее 3-х лет. Длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней. Темп формирования алкоголизма обычный	Давность злоупотребления алкоголизмом обычно 2-3 года, давность похмельного синдрома нередко 1-2 года, длительность запоя перед психозом нередко 1-2 дня. Темп формирования алкоголизма часто ускоренный
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с заострением личностных особенностей	В опьянении нередко идеи ревности, отношения, отравления, преследования, бессвязность высказываний, кататонические включения, тяжелое речевое возбуждение
3	Особенности похмельного синдрома перед развитием психоза	Тревога, возможен тоскливый аффект, умеренно выраженные соматоневрологические расстройства	Тревожно-бредовое состояние с растерянностью, идеи преследования, отношения особого значения, отравления, ревности. Неадекватность аффекта в бреду. Неадекватность поведения аффекту и бреду
4	Особенности алкоголизма	Возникновение запоев и псевдозапоев в связи с ситуационными моментами, случайными употреблениями алкоголя, в связи с постоянным или периодическим влечением к алкоголю	Возможно возникновение запоев и псевдозапоев в связи с депрессивными или гипоманиакальными состояниями, в связи с тревожно-депрессивными состояниями. Хаотический характер злоупотребления алкоголем, ничем не объяснимые спонтанные ремиссии
5	Особенности	Алкогольные изменения личности или пси-	Снижение активности, замкнутость, неадекватность

	личности до психоза	хопатические черты характера	поведения, манерность
6	Особенности бреда	Типичен бред преследования, принимающий характер бреда физического уничтожения. Возможен бред воздействия, который всегда связан с истинными обманами восприятия и патологическими ощущениями. Бред конструктивно прост, нагляден, содержание его связано с повседневной реальностью. Идеи величия редки, содержание их лишено фантастичности	Возможно возникновение бреда воздействия, сочетающегося с галлюцинациями. Содержание бреда часто оторвано от реальности. Возможно возникновение фантастического бреда, сочетающегося с фантастическим галлюцинозом
7	Особенности аффекта	Страх, тоска, отчаяние, тоскливо-тревожный аффект. Очень редка смена аффекта с появлением смешанного состояния (страх, идеи величия)	Возможна депрессия с растерянностью, идеями самообвинения. Аффект может не соответствовать содержанию бреда
8	Особенности поведения	Обращение за помощью, попытки спастись бегством от мнимых преследователей, суицидальные попытки	Возможны поступки не адекватные содержанию бреда и аффекту, агрессия в отношении окружающих, нелепое поведение, суицидальные попытки, превращение в «преследуемых преследователей»
9	Особенности синдрома Кандинского — Клерамбо	Сочетание бреда воздействия с истинными словесными галлюцинациями и телесными ощущениями. Галлюцинаторный вариант синдрома открытости	Сочетание бреда воздействия с псевдогаллюцинациями. Идеаторные, сенсопатические, кинестетические автоматизмы. Бредовый и псевдогаллюцинаторный варианты синдрома открытости
10	Сочетание вербального галлюциноза с другими синдромами	Вербальный галлюциноз может смениться делириозным помрачением сознания. На высоте галлюциноза могут возникнуть делириозные расстройства или даже фантастический делирий	Вербальный галлюциноз может смениться депрессивно-параноидальным состоянием, тревожно-бредовым состоянием с отдельными проявлениями синдрома психического автоматизма, другими бредовыми и аффективно-бредовыми синдромами
11	Влияние нейролептиков на симптоматику	Если обманы восприятия исчезли во время лечения нейролептиками, то после их отмены они вновь не появляются	Вербальные галлюцинации, исчезнувшие во время лечения нейролептиками, после их отмены могут вновь возникнуть
12	Отношение к алкоголизму	Стремление преуменьшить тяжесть злоупотребления алкоголем. Попытки объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Нередко стремление подчеркнуть связь психоза со злоупотреблением алкоголем
13	Отношение к перенесенному психозу	Быстрое наступление критики. Готовность подробно рассказать о содержании психоза. Возможность объяснить любой поступок во	Медленное наступление критики или ее отсутствие. Часто нежелание рассказать о содержании перенесенного психоза. Невозможность объяснить многие поступки во время

		время психоза	психоза
14	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Необщительность, пассивность, формальные контакты с окружающими, эмоциональная холодность

**Таблица 4.** Дифференциальная диагностика алкогольных параноидов и параноидов, возникающих у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (Шейнин Л. М., 1983).

№	Диагностические критерий	Алкогольный параноид	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность существования алкоголизма не менее 3-х лет. Наличие абстинентного синдрома. Длительность запоя не менее 5-6 дней. Обычные темпы формирования алкоголизма	Давность злоупотребления алкоголем или хронической алкогольной интоксикации может быть менее 3-х лет. Абстинентный синдром может отсутствовать. Длительность запоя нередко 2-3 дня
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с выявлением особенностей личности	Возможно ускоренное формирование алкоголизма. В опьянении идеи отношения преследования, отравления, ревности, речевое возбуждение, бессвязность речи
3	Особенности похмельного синдрома перед развитием психоза	Возникновение психоза во время похмелья на фоне умеренно выраженных соматоневрологических нарушений	Соматоневрологические нарушения могут быть очень легкими. Настроение снижено, иногда тревожно-тоскливое или тоскливо-злобное
4	Особенности алкоголизма	Связь запоев с ситуационными моментами, случайным употреблением алкоголя или влечением к спиртному	Запой часто появляются в связи с эндогенными нарушениями настроения
5	Особенности личности до психоза	Изменения, характерные для алкоголизма, или психопатические черты характера	Замкнутость, неразговорчивость, подозрительность, избирательная общительность
6	Особенности бреда	Образный бред преследования, чаще всего, принимающий форму бреда физического уничтожения. Бред конструктивно прост, нагляден, мотивы преследования обыденные	Полиморфизм бредовых идей. Возможно появление идей особой значимости, символики, ложных узнаваний. Часто сочетание идей преследования и отравления. Мотивы преследования нередко отсутствуют или очень усложнены
7	Особенности аффекта	Выраженный страх, тревога	Страх менее выражен. Часто возникает растерянность с чувством собственной измененности, явления деперсонализации и дереализации

8	Особенности поведения	Обращение за помощью, попытки спастись бегством. Напряженное ожидание	Часто поведение не адекватно содержанию бреда и аффекту. Поступки противоречивы и непоследовательны
9	Сочетание с другими синдромами	Психоз обычно протекает как моносиндром. Возможна в редких случаях смена синдрома: развитие галлюциноза или делирия	Часто отмечается присоединение депрессивно-пара-ноидной симптоматики с появлением растерянности, затруднением в понимании поведения окружающих и их высказываний, проявлениями синдрома психического автоматизма, ложными узнаваниями, симптомом «двойников»
10	Влияние нейролептиков	Исчезнувшая симптоматика после отмены нейролептиков не возникает	После отмены нейролептиков часто вновь возникают бред, страх, тревога, растерянность
11	Отношение к алкоголизму	Имеются признаки алкогольной анозогнозии. Стремление объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Нередко стремление подчеркнуть связь психоза со злоупотреблением алкоголем
12	Отношение к перенесенному психозу	Быстрое наступление критики. Готовность подробно рассказать о содержании психоза. Возможность объяснить любой поступок во время психоза	Критика наступает медленно. В ряде случаев — не возникает. Часто нежелание рассказать о содержании перенесенного психоза. Невозможность объяснить свое поведение во время психоза
13	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Замкнутость, необщительность, формальный характер контакта с окружающими, эмоциональная сдержанность или холодность, неадекватность, склонность к рассуждательству, манерность

**Таблица 5.** Дифференциальная диагностика атипичного алкогольного фантастического делирия и онейроида, возникающего у больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (Шейнин Л. М., 1983)

№	Диагностические критерий	Фантастический делирий	Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом
1	Условия возникновения психоза	Давность злоупотребления алкоголем не менее 3-х лет. Длительность запоя перед психозом обычно не менее 5-6 дней. Темп формирования алкоголизма обычный или несколько ускоренный	Давность злоупотребления алкоголем не имеет решающего значения, может быть самой различной. Нередко запои прекращаются за несколько недель до возникновения психоза. Темп формирования алкоголизма нередко ускоренный
2	Особенности опьянения	Обычные варианты опьянения с заострением в период опьянения личностных особенностей	Опьянение способствует в ряде случаев возникновению аффективных расстройств. Выражена тревога, часто кошмарные сновидения. Характер опьянения почти ничем не отличается от случаев неосложненного алкоголизма

3.	Особенности продромального периода	Для продромального периода характерно появление на фоне алкогольного абстинентного синдрома тревоги, подозрительности, идей отношения или подавленности с чувством одиночества	Возникает растерянность или подавленность, задумчивость, излишняя скрытность
4	Особенности алкоголизма	Имеется связь запоев и псевдозапоев с ситуационными моментами, случайным употреблением алкоголя или влечением к спиртному	Имеется связь запоев и псевдозапоев с колебаниями настроения. Характер пьянства хаотический. Последовательная смена стадий алкоголизма отсутствует
5	Особенности личности до психоза	Специфические алкогольные изменения личности	Типичные алкогольные изменения личности отсутствуют. Характерна общительность, синтонность, достаточная работоспособность
6	Особенности бреда	Развивается галлюцинаторный, фантастический, образный бред, иногда нелепый бред величия. Часто бред собственного психического воздействия. Отсутствует строгая последовательность в смене этапов. Бывает этап двойной, бредовой ориентировки в начале делирия, затем — фантастический галлюцинаторный бред	Отмечается последовательная смена типа этапов: а) аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации; б) фантастической дереализации и деперсонализации; в) иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации; г) истинного онейроида (встречается крайне редко). Фантастический бред сочетается с псевдогаллюцинациями
7	Особенности аффекта	В начале психоза чаще аффект удивления и любопытства. Затем нарастает растерянность	Разнообразие, сменяемость и калейдоскопичность аффективных нарушений
8	Особенности поведения	Чаще обездвиженность на фоне галлюцинаторной отрешенности	Кататонические расстройства (субступор, ступор с восковой гибкостью, негативизмом)
9	Особенности синдрома Кандинского — Клерамбо	Идеаторные, сенсорные и двигательные психические автоматизмы со сравнительно простой структурой возникают только на высоте психоза	Проявления синдрома психического автоматизма весьма разнообразны и сложны
10	Продолжительность психоза	Несколько дней	Возможно несколько недель и даже месяцев
11	Влияние нейролептиков на симптоматику	Исчезнувшая симптоматика после отмены нейролептиков не возникает	При преждевременной отмене нейролептиков симптоматика может возникнуть вновь
12	Отношение к алкоголизму	Склонность к некоторому преуменьшению тяжести злоупотребления алкоголем. Попытки объяснить психоз любыми обстоятельствами и соматическими заболеваниями	Часто имеется критическое отношение к злоупотреблению алкоголем, хотя связь психоза с пьянством улавливается не всегда

13	Отношение к перенесен-ному психозу	Постепенно (иногда внезапно) возникает полная критика	В большинстве случаев наблюдается достаточно полная критика к психозу (несмотря на возможную частичную амнезию)
14	Особенности личности после окончания психоза	Алкогольные изменения личности или психопатические черты характера	Незначительно выраженные черты эмоциональной нивелировки, склонность к астенизации, некоторая лабильность аффективной сферы

**Таблица 6.** Дифференциальная диагностика алкогольного и интоксикационного делирия (Иванец Н.Н.,2002)

№	Диагностические критерии	Делириозный синдром при алкогольной зависимости	Делириозный синдром при интоксикации
1	Анамнез	Длительное систематическое злоупотребление алкоголем, признаки алкогольной зависимости	Эпидемиологический анамнез Данные о продроме инфекционного заболевания; Хирургическая патология, Злоупотребление психоактивными веществами (стимуляторы, летучие органические вещества, холинолитики)
2	Клинические данные	Отсутствие признаков острой интоксикации психоактивными веществами; инфекционногозаболевания; хирургической патологии; лихорадки	Признаки интоксикации психоактивными веществами Инфекционное заболевание; Острая хирургическая патология; Высокая температура;
3	Лабораторные данные	Признаки алкогольного поражения печени (повышение уровня печёночных ферментов), хронической интоксикации (увеличение СОЭ, относительный лейкоцитоз)	Определение психоактивных веществ в биологических средах Выявление инфекционного агента; Признаки хирургической патологии (например, высокий уровень амилазы при остром панкреатите)

### 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

#### 3.1 Немедикаментозное лечение

- режим общий;
- диета – стол №15.

#### Цели лечения

- Прекращение потребления табака
- Лечение табачной зависимости после прекращения потребления табака
- Профилактика рецидива

#### Психолого-психотерапевтическое лечение амбулаторный уровень:

- анализ психосоциальной ситуации пациента
- психотерапевтическая помощь, основанная на развивающих технологиях и направленная на развитие адаптационных способностей и навыков;
- психосоциальная помощь пациенту;
- оказание поддержки и мотивирование пациента на дальнейшее лечение, социальную реабилитацию;
- направление и сотрудничество с другими организациями;
- направление в другие ЛПУ для дальнейшего, повторного или специализированного лечения.

#### Основные психотерапевтические мероприятия на амбулаторном уровне:

- психообразование (24);
- мотивационное консультирование (УД-А);
- семейное психологическое консультирование;
- психотерапия (индивидуальная и групповая);
- когнитивно-поведенческая психотерапия (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- социально-психологические тренинги, направленные на развитие навыков коммуникативности, асертивности, креативности, а также развитие нормативных субличностей (УД-В);
- консультирование социального работника при оказании помощи для трудоустройства;
- практика осознанности (Mindfulness) (25)

#### 3.2 Медикаментозное лечение:

Включает коррекцию поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде, противорецидивную терапию обострений патологического влечения.

- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения);

Фармакологическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Противоэпилептические препараты (с вегетостабилизирующим и тимоаналептическим эффектом)	Карбамазепин	Таблетки 200мг, до 400мг в сутки внутрь, 2-4 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Оланзапин	Таблетки 5мг,10мг, до 20мг в сутки	УД-В [8]



		внутри, 2 раза в день, № 20-30	
Антипсихотические препараты	Кветиапин	Таблетка 100мг и 200мг, до 400мг в сутки внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Рisperидон	Таблетка 4мг, до 6мг в сутки внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Антидепрессанты	Флуоксетин	Капсулы 20мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Антидепрессанты	Сертралин	Таблетки 50мг и 100мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Антидепрессанты	Флувоксамин	Таблетки 50мг и 100мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Антидепрессанты	Амитриптилин	Таблетки 25мг и 50мг внутри, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]

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:

- воздержание от употребления алкоголя 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:**

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- злоупотребление алкоголем;
- синдром зависимости от алкоголя.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- острая интоксикация алкоголем с делирием;
- острая интоксикация алкоголем с нарушениями восприятия;
- острая интоксикация алкоголем с судорогами;
- абстинентное состояние вследствие употребления алкоголя, тяжелой степени;
- абстинентное состояние вследствие употребления алкоголя с делирием;
- психотическое расстройство вследствие употребления алкоголя.

## **5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

5.1 немедикаментозное лечение:

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

### **Психолого-психотерапевтическое лечение стационарный уровень:**

#### **Этап реабилитации:**

- обеспечение воздержания от употребления алкоголя
- формирование мотивации на участие в программе МСР;
- противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска ПВА;
- адаптация к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения;
- мотивационная работа, направленная на активное участие в реабилитационной программе в условиях терапевтического сообщества;

#### **Основные психотерапевтические мероприятия на стационарном уровне:**

- терапевтическое сообщество
- психообразование (24)
- мотивационное консультирование (УД-А);
- интегративно-развивающая психотерапия (УД-С);
- рациональная психотерапия;
- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое) (УД-В);
- когнитивно-поведенческая психотерапия (индивидуальная и групповая) (УД-А);
- психотерапия (гештальт-терапия, НЛП, психодрама, транзактный анализ, логотерапия и экзистенциальная психотерапия);
- Mindfulness (практика осознанности) (25)
- телесно-ориентированная психотерапия;
- духовно-ориентированная психотерапия (УД-GPP);
- семейная психотерапия (УД-С);
- арт-терапия (УД - С);
- социально-реабилитационная работа (УД-С);
- социально-психологические тренинги (УД-В);
- танцедвигательная терапия (УД-С);
- трансперсональная терапия (холотропное дыхание) (УД-С);
- «12-ти шаговая программа» общества АА (УД-А);

#### **Этап социальной реабилитации [11, 12, 13]:**

- 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.

#### **5.2 Медикаментозное лечение:**

- возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача;
- лечение синдрома отмены алкоголя в большей степени симптоматическое.
- длительность терапии зависит от состояния пациента

#### **Дезинтоксикационная терапия:**

- декстроза 5% – 400,0 внутривенно, капельно в течении 3-5 дней в сочетании с аскорбиновой кислотой 5%-до 5 мл в сутки;
- раствора натрия хлорид 400,0 внутривенно, в течение 3-5 дней в сочетании с пиридоксином гидрохлоридом 1% – до 4-6 мл/сутки, тиамина бромидом 5% – до 4-6

мл/сутки, антигистаминным препаратом в разовой дозировке (дифенгидрамин) – 1% р-р 1 мл;

- диуретики: маннитол – 200,0 капельно, медленно, фуросемид 1 таблетку (0,04) 1 – 2 раза per os;
- транквилизаторы (диазепам 0,01-0,06 г/сут);
- антиконвульсанты: карбамазепин рекомендуемая доза до 400-600 мг/сут. При необходимости доза препарата может быть увеличена. Необходим лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы.
- при выраженных поведенческих и аффективных расстройствах (с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к алкоголю, коррекции поведения) назначаются нейролептики. Препаратами выбора являются: тиоридазин 0,03-0,1 г/сут, хлорпротиксен 0,075-0,1 г/сут, галоперидол (5-15 мг/сут); оланзапин (10-20 мг/сут), клозапин 100 - 200 мг/сут; рисперидон 4-6 мг/сут,
- с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к алкоголю рекомендуется назначение антидепрессантов. Препаратами выбора являются, антидепрессанты, обладающие седативным действием:, амитриптилин, дозировка подбирается индивидуально. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя;

#### **Терапия состояния отмены с психотическими расстройствами:**

Алкогольные психотические расстройства можно рассматривать как этап неблагоприятного развития и крайнее проявление алкогольного похмельного синдрома. Алкогольный делирий, галлюциноз являются проявлением острой церебральной недостаточности и представляет собой неотложное состояние, требующее интенсивной (иногда реанимационной) терапии.

Терапия делириозных состояний у больных алкоголизмом обязательно включает клиренсовую детоксикацию с коррекцией электролитного состояния, витаминотерапию, введение нейрометаболических и психотропных средств.

#### **Дезинтоксикационная терапия:**

- декстроза 5% – 400,0 внутривенно, капельно в течении 3-5 дней в сочетании с аскорбиновой кислотой 5%-до 5 мл в сутки
- раствора натрия хлорид 400,0 внутривенно в течение 3-5 дней в сочетании с пиридоксином гидрохлоридом 1% – до 4-6 мл/сутки, тиамина бромидом 5% – до 4-6 мл/сутки, антигистаминным препаратом в разовой дозировке (дифенгидрамин)

– 1% р-р 1 мл;

- диуретики: маннитол – 200,0 в/в капельно, медленно, фуросемид 1 таблетку (0,04) 1-2 раза per os,
- для купирования психоза используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда: диазепам, амп, 10 мг/ 2мл до 4-6 мл в/м или в/в; диазепам таб. 10 мг внутрь до 10-20 мг в сутки (до 3-4 раз в день).

применять нейролептики для купирования острых состояний у больных наркологического профиля следует осторожно и ограниченно – в том лишь случае, когда быстро вывести из состояния делирия с помощью бензодиазепинов не удастся, из-за выраженного психотропного возбуждения и склонности к агрессии. Вводится хлорпромазин до 2-3 мл в/м (растворенный в 0,5% прокаине) до 2-3 раз в сутки в сочетании с 1-2 мл никотинамидом. Достаточно эффективным средством является также введение левомепромазина до 2-3 мл в/м в сочетании с кордиамином.

#### **Алгоритм терапии диссомний (нарушений сна).**

Использование транквилизаторов рекомендуется использовать с большой осторожностью в связи с частым развитием привыкания к ним. Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней. Препаратами выбора являются производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепама 4-6 мл/сут).

#### **Терапия больных с алкогольной зависимостью с агрессивным поведением на этапах неустойчивой ремиссии и становления ремиссии.**

- Тиоридазин купирует дисфорические, истерические и депрессивные расстройства, протекающие с различными вариантами ауто- и гетероагрессии, особенно при развитии алкогольной зависимости на фоне органического поражения головного мозга. При назначении в малых дозах тиоридазин обладает активирующим действием, а в более высоких – проявляется его седативный эффект. Дозы подбираются индивидуально от 0,01г 2-3 раза в день до 0,05-0,1 г 2-3 раза в день. Препарат можно назначать на срок до 3 мес. с динамической коррекцией дозировок.
- Если в психическом статусе пациента на фоне астенизации преобладает тревога, подавленное настроение предпочтительнее хлорпротиксен от 0,045 до 0,1 г в сутки на 3 приема. При превалировании тревожной напряженности, ажитации, беспокойства, выраженной подавленности необходимо увеличение дозы хлорпротиксена до 0,2 г в сутки.
- В случае резко выраженного психомоторного возбуждения, протекающего с брутальностью, демонстративностью следует применять разовые инъекции раствора хлорпромазина (по 0,05-0,1г в/м) обязательно в сочетании с раствором никетамида (2-4 мл).
- раствор галоперидола по 1-2 мл (0,005-0,01г) внутримышечно. После купирования острого психомоторного возбуждения в течение 2-3 дней этот препарат назначают по 1,5 мг 2-3 раза в день. При более длительном применении галоперидола (в течение нескольких недель) возникает необходимость добавлять корректорэкстрапирамидных расстройств – тригексифенидил.
- сильным седативным действием при практическом отсутствии экстрапирамидных расстройств обладает клозапин. Назначают внутрь, начиная с 0,025 г 1 раз в сутки, с увеличением дозы до 0,05г 2-3 раза в день в течение 10-14

дней. Длительное (свыше 4 недель) назначение клозапина нежелательно из-за возможных изменений картины крови (развитие агранулоцитоза, в среднем, в 1% случаев).

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

<b>Фармакологическая группа</b>	<b>Международное непатентованное наименование ЛС</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
Противоэпилептические препараты	Карбамазепин	Таблетки 200мг, до 400мг в сутки внутрь, 2-4 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Оланзапин	Таблетки 5мг, 10мг, до 20мг в сутки внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Клозапин	Таблетка 0.025мг до 0.050 мг в сутки, внутрь, 1 раза в день, № 10-15	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Рisperидон	Таблетка 4мг, до 6мг в сутки, внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Анксиолитики	Диазепам	Раствор для инъекций 5мг/мл, в/в, в/м 2-4 раза в день, № 5-10 Таблетки 5мг внутрь, 2-4 раза в день, № 5-10	УД-В [8]
Антидепрессанты	Флуоксетин	Капсулы 20мг внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]
Средства для энтерального и парентерального питания	Декстроза	Раствор для внутривенного и струйного введения 5%, 400 мл, капельно в течении №3-5	УД-В [8]
Витамины	Аскорбиновая кислота	Раствор для внутривенного и струйного введения 5%, 4-6 мл, капельно в течении №3-5	УД-В [8]
Регулятор водно-электролитного баланса	Натрия хлорид	Раствор для внутривенного и струйного введения 0.9%, 400 мл, капельно	УД-В [8]

		в течении №3-5	
Витамины	Пиридоксин гидрохлорид	Раствор для внутривенного и струйного введения 1%, 4-6 мл, капельно в течении №3-5	УД-В [8]
Витамины	Тиамин бромид	Раствор для внутривенного и струйного введения 1%, 4-6 мл, капельно в течении №3-5	УД-В [8]
Антигистаминный препарат	Дифенгидрамин	Раствор для внутривенного и струйного введения 1%, 1 мл, капельно в течении №3-5	УД-В [8]
Диуретик	Маннитол	Раствор для внутривенного и струйного введения 15%, 200 мл, капельно в течении №1-2	УД-В [8]
Диуретик	Фуросемид	Таблетки(0,04) 1-2 раза в день. №1-2	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Тиоридазин	0,01г 2-3 раза в день до 0,05-0,1 г 2-3 раза в день. №30-60. С динамической коррекцией дозировок.	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Хлорпротиксен	Раствор для инъекций 0,1 мг/мл, в/в, в/м 1-2 раза в день, № 3-5	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Хлорпромазин	Раствор для инъекций 0,1 мг/мл, в/в, в/м 1-2 раза в день, № 3-5	УД-В [8]
Антипсихотические препараты	Галоперидол	Раствор для инъекций 0,01 мг/мл, в/в, в/м 1-2 раза в день, № 3-5	УД-В [8]
Антидепрессанты	Амитриптилин	Таблетки 25мг и 50мг внутрь, 2 раза в день, № 20-30	УД-В [8]

5.3 Хирургическое вмешательство: нет.

#### 5.4 Дальнейшее ведение:

- осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

#### 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.

#### 7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

##### 7.1. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Токанов Мади Кайламбекович - старший врач филиала Республиканского научно-практического центра психического здоровья в г. Павлодар.
- 2) Глеубаева Шайзат Мухаметкаировна - заведующая отделением психотерапии и реабилитации филиала Республиканского научно-практического центра психического здоровья.
- 3) Жаксылыкова Маншук Хамзаевна – заведующая отделением медикаментозной коррекции филиала Республиканского научно-практического центра психического здоровья.

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

7.2. Рецензенты: Каражанова Анара Серикказыевна, доктор медицинских наук, врач психиатр нарколог, психотерапевт, заведующая кафедрой клинической психологии НАО МУА.

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

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

- 1) Руководство по аддиктологии, // под редакцией проф. В.Д. Менделевича. СПб: Речь, 2007.
- 2) Клиническая наркология // Д.И. Малин, В.М. Медведев. Москва «Вузовская книга» 2008г
- 3) Руководство по наркологии // под редакцией слена-корреспондента РАМН, профессора Н.Н. Иванца, Москва 2002г I. II том
- 4) Аддиктология //, Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.М. Институт консультирования и системных решений, Общероссийская психотерапевтическая лига, 2012г
- 5) Лечение алкоголизма // Г.М. Энтин, Москва «Медицина» 1990г
- 6) Фармакотерапия в наркологии // Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков, Москва, Медицина, 2000г
- 7) Управление качеством наркологической помощи, Катков А.Л., Павлодар, 2009г.
- 8) Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ» том I. Павлодар, 2008год

- 9) Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ» том II. Павлодар, 2008год
- 10) Лучшие практики диагностики, лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ» том III. Павлодар, 2008год
- 11) Справочник лекарственных средств, включенных в республиканский формуляр. 2012- 2013г.г.
- 12) Стрелец Н.В., Уткин С.И., Деревлев Н.Н. //Комплексная терапия неотложных состояний в наркологии. Пособие для врачей психиатров-наркологов. М.,2000;
- 13) Иванец Н. Н. //Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Лекции по клинической наркологии. М, 1995, с.109
- 14) Иванец Н.Н. //Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
- 15) Батищев В.В., Негериш Н.В. //Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
- 16) Гофман А.Г., Граженский А.В., Крылов Е.Н. и др. //Патогенетическая терапия алкогольного абстинентного синдрома . Учебно-методическое пособие. М. 1995;
- 17) Под редакцией академика АМН СССР А.В. Снежневского //Руководство по психиатрии, том 2, Москва «Медицина»1983;
- 18) Учебное пособие //Реабилитация в наркологии: модели и сценарии, МЗ РК РНПЦ МСПН, Г.И. Алтынбекова, А.Ю. Толстикова, Алматы 2010;
- 19) Шумский Н. Г. Алкогольные (металкогольные) психозы // Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина. Т. 2, 1999.
- 20) Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. Л.: Медицина, 1988.
- 21) Морфологические и функциональные изменения головного мозга больных алкоголизмом по данным исследований с применением магнитно-резонансной томографии и психологических тестов. //Альтшулер В.Б., Тучкова Н.Е. Клиническая наркология/, №10, 2002,
- 22) Litten R Z, Allen JP. Pharmacotherapies for alcoholism Promising agents and clinical issues, Alcohol Clin Exp Res, 1991, Vol 15, №14.
- 23) Злоупотребление алкоголем и связанные с ним расстройства лечение алкогольной зависимости. *Ю. П. Сиволан*. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-3-4-9>
- 24) Добсон Дебора, Добсон Кейт // Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии, 2021, Vol 135
- 25) Mindfulness-integrated Cognitive Behavioural Therapy: Rationale for integration and the MiCBT model, Eoin O'Shea, Bruno Cayoun, 2012.