

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. **Название протокола:** Расстройства поведения у детей и подростков.

2. **Код протокола:**

3. **Код МКБ-10:**

F92.0 Депрессивное расстройство поведения.

F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи.

F91.1 Не социализированное расстройство поведения.

F91.2 Социализированное расстройство поведения.

F91.3 Вызывающее оппозиционное расстройство поведения.

4. **Сокращения, используемые в протоколе:**

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ВВК – военно-врачебная комиссия

В\м – внутримышечно

В\в – внутривенно

КТ – компьютерная томография

ЛС – лекарственные средства

МЗСР – Министерство здравоохранения и социального развития

МНН – международное непатентованное название (генерическое название)

МРТ – магнитно-резонансная томография

МСЭК – медико-социальная экспертная комиссия

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ОКИ – острые кишечные инфекции

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография

РЭГ –	реоэнцефалография
РК –	Республика Казахстан
Р-р –	раствор
СИОЗС –	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СПЭК –	судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ЭКГ –	электрокардиограмма
ЭПО –	экспериментально-психологическое обследование
ЭЭГ –	электроэнцефалограмма
ЭхоЭГ –	эхоэлектроэнцефалограмма

5. Дата разработки протокола: 2021 год.

6. Категория пациентов: дети, подростки до 18 лет.

7. Пользователи протокола: врачи-психиатры детские, детские психотерапевты.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций. 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.

C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение: Расстройства поведения у детей – расстройства, характеризующиеся повторяющимися, устойчивыми образцами необщительного, агрессивного или вызывающего поведения. Такое поведение можно было бы расценить как наивысшее проявление возрастных социальных нарушений, тем не менее оно может быть более тяжелым, чем обычное детское непослушание или подростковая недисциплинированность, и длиться значительное время (6 месяцев и дольше). Черты такого расстройства поведения могут также быть симптомами других психических состояний, и в этом случае предпочтение следует отдавать основному диагнозу. [1,8]

Расстройство поведения у детей и подростков выделяется стойкими асоциальными, агрессивными, вызывающими нарушениями. Они могут проявляться только в рамках семейных отношений или иметь тотальный характер, распространяющийся на все окружение.

9. Клиническая классификация (синдромальная):

- Психопатоподобный синдром с преобладанием аффективной возбудимости;
- Психопатоподобный синдром с преобладанием психической неустойчивости;
- Психопатоподобный синдром с преобладанием нарушенных влечений;
- Психопатоподобный синдром с полиморфными проявлениями.

10. Показания для госпитализации [2, 3]: конфликты с родителями, несоблюдение установленных общепринятых семейных правил; агрессивное отношение к животным, людям; разрушающие действия, нанесение урона, воровство; лживость, двуличность, подлость.

10.1 Добровольная (экстренная и плановая) госпитализация:

- Письменное согласие на госпитализацию *и*
- Психопатологические расстройства психотического и\или не психотического уровня с десоциализирующими проявлениями, проявления которых не купируются в амбулаторных условиях *или*
- Решение экспертных вопросов (МСЭК, ВВК, СПЭК).

10.2 Принудительная госпитализация без решения суда – наличие психопатологических расстройств и действий, обуславливающих:

- непосредственную опасность для себя и окружающих;
- беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

10.3 Принудительная госпитализация – по определению суда, постановлению следственных органов и\или прокураторы.

11 Диагностические исследования:

11.2 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- клинико-психопатологическое обследование (психиатрическое интервью);
- экспериментально-психологическое обследование.

11.3 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (печеночные пробы);
- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах;
- ЭхоЭГ – при появлении симптомов угнетения сознания;
- КТ, МРТ – проводятся по решению лечащего врача с целью исключения сходных по клинике проявлений текущего органического процесса головного мозга.

11.4 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию, согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

11.5 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ОАМ – не реже 1 раза в месяц;
- ОАК – не реже 1 раза в месяц;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин (прямой и непрямой, уровень глюкозы в крови) - не реже 1 раза в месяц;
- ЭПО (для поступивших впервые в жизни или впервые в текущем году). ЭПО для иных категорий пациентов – по решению лечащего врача.

11.6 Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах;
- ЭхоЭГ – при появлении симптомов угнетения сознания;
- КТ, МРТ – проводятся по решению лечащего врача с целью исключения сходных по клинике проявлений текущего органического процесса (демиелинизирующие заболевания, новообразования головного мозга и т.п.).

12 Диагностические критерии [1,8-10]:

12.2 Жалобы и анамнез:

Жалобы: уходы из дома, драчливость, социальные нарушения поведения. Нарушения поведения в семье, в школе. Агрессивное отношение в отношении родителей, окружающих и животных.

Анамнез:

Имеет место, повторяющееся и стойкое поведение, при котором нарушаются или основные права других людей, или важнейшие соответствующие возрасту социальные нормы или правила. Такое поведение наблюдается, по меньшей мере, 6 месяцев и включает следующие симптомы (в отдельных диагностических подрубриках приводятся указания на конкретные симптомы и их необходимое для диагностики количество).

Примечание: для констатации симптомов 11, 13, 15, 16, 20, 21 и 23 требуется хотя бы однократное их возникновение.

Больной:

- проявляет для своего возраста необычно частые или тяжелые вспышки гнева; часто спорит со взрослыми;
- часто активно отказывается выполнять требования взрослых или нарушает правила;
- часто, по всей видимости, преднамеренно делает вещи, которые досаждают другим людям;
- часто обвиняет других в своих собственных ошибках или неправильном поведении;
- часто обидчив или ему легко досадить;
- часто сердится или негодует;
- часто злобен или мстителен;
- часто обманывает или нарушает обещания для получения выгоды или уклонения от обязательств;
- часто затевает драки (сюда не относятся драки с сибсами),
- использовал оружие, которое способно причинить серьезный физический вред другим людям (например, клюшку, кирпич, разбитую бутылку, нож, огнестрельное оружие);
- несмотря на запреты родителей, часто затемно остается на улице (начало в возрасте до 13 лет);
- проявляет физическую жестокость по отношению к другим людям (например, связывает жертву, наносит ей порезы или ожоги);
- проявляет физическую жестокость по отношению к животным;
- преднамеренно разрушает чужую собственность (кроме поджогов);
- преднамеренно разводит огонь с риском или намерением причинить серьезный ущерб;
- крадет ценные предметы не на виду у жертвы или из дома или из других мест (например, кражи в магазинах, кражи со взломом);
- часто прогуливает школу, начиная в возрасте до 13 лет;
- убегал из дома родителей или замещающих их людей, по меньшей мере дважды или убегал один раз, но больше, чем на одну ночь (сюда не включаются случаи ухода из дома для уклонения от грубого физического или сексуального обращения);
- совершает преступления на виду у жертвы (включая выхватывание кошельков, вырывание сумок);
- принуждает другого к половой деятельности;

- частые проявления задиристого поведения (например, преднамеренное причинение боли, унижение, мучение);
- проникает в чужие дома или автомобили,

Манеры держаться настолько деструктивны, что вызывают нарушение взаимоотношений в семье, школе, других коллективах. Поведенческие дефекты представлены несколькими обобщенными группами:

- открытый деструктивный образ действий – драки, разбои, хулиганство;
- скрытый деструктивный – воровство, обманы, поджог, вандализм;
- скрытый недеструктивный – прогулы, вредные привычки, зависимости, нецензурная речь.
- протест. Возникает при усиленном навязывании чего-либо, ограничении активности. Активный протест проявляется агрессией, грубостью, порчей имущества. Пассивный – враждебностью, намеренным молчанием, суицидальными попытками, голоданием, побегами из дома. Физиологические признаки – энурез, пищеварительные расстройства, надсадный кашель;
- отказ – реакция на неудовлетворение чувства безопасности, общения у совсем маленьких детей. Проявления: отсутствие активности, тяги к общению, безэмоциональность. Отсутствие ответной реакции. Нет стремления к игровой деятельности. Все не интересно, не способны получать удовольствие от сладостей, любимых игрушек;
- имитация – подражание негативным чертам авторитетных лиц. Дети перенимают вредные привычки, асоциальную деятельность;
- компенсация – неудачи одной деятельности малыш компенсирует достижениями другой. Неудачи учебной деятельности компенсирует хулиганством, воровством. Страхи, пугливость замещает издевательствами над другими детьми, экстремальной автомобильной, мотоциклетной ездой.

Реакции у подростков:

- эмансипация – сопротивление установленным взрослыми правилам, отвержение помощи, пренебрежение советами, подсказками;
- группирование – создание антисоциальных группировок;
- увлечения – направлены на удовлетворение заинтересованности определенной деятельностью. Азарт удовлетворяется карточными или другими играми на деньги, лидерство – ситуациями предводительства (бандитской группировкой). Но даже если увлечения носят позитивный характер (спорт, искусство, красота), они также способны разрушать приемлемые правила действий. Провоцируют отказ посещать школу, осуществление противоправных деяний, заведение неприемлемых знакомств, игнорирование родных, совершение угрожающих жизни поступков.

Данное расстройство не отвечает критериям диссоциального расстройства личности (F60.2), шизофрении (F20-), маниакального эпизода (F30-), депрессивного эпизода (F32-), общих расстройств развития (F84-) или гиперкинетического расстройства (F90.-). (Если выявляются критерии эмоционального расстройства (F93-), то должна диагностироваться рубрика смешанного расстройства поведения и эмоций, F92-.)

Рекомендуется уточнять возраст начала:

— тип начала в детском возрасте: появление минимум одной проблемы в поведении в возрасте до 10 лет;

— тип начала в подростковом возрасте: проблемы в поведении в возрасте до 10 лет отсутствуют.

12.3 Физикальное обследование: диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов (включая центральной и периферическую нервную систему) нет.

12.4 Лабораторное обследование: специфических диагностических признаков нет.

12.5 Инструментальное обследование: специфических диагностических признаков нет.

12.6 Показания для консультации специалистов:

- консультация педиатра (терапевта) – исключение соматических заболеваний;
- консультация невропатолога – исключение текущих неврологических расстройств;
- Консультации иных узких специалистов – сопутствующие соматические заболевания и/или патологические состояния.

12.7 Дифференциальный диагноз [8-10]:

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика.

Параметры	Расстройства поведения	Расстройства личности
Клиническая картина	Нередко полиморфные по структуре поведенческие синдромы, нет признаков искажения личностного склада	Мономорфные расстройства поведения гомономные всему личностному складу пациента

Инструментальное обследование	Не информативно
----------------------------------	-----------------

13 Цели лечения: достижение ремиссии, стабилизация состояния пациента, повышение уровня социальной адаптации.

14 Тактика лечения [3-20]:

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и\или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. Вслучае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и\или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о стационарировании.

14.1 Немедикаментозное лечение:

Психообразование пациента и членов его семьи, психологическая коррекция, различные виды психотерапии : детская психотерапия, игротерапия, сказкотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, арттерапия, групповая психотерапия, семейная системная психотерапия, БОС- терапия, ЛФК.

Режимы наблюдения (в зависимости от состояния пациента):

- общий режим наблюдения - круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении.
- режим частичной госпитализации - возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях.
- режим лечебных отпусков - возможность нахождения, по решению ВКК вне отделения от нескольких часов до нескольких суток, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.
- усиленный режим наблюдения - круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения.
- строгий режим наблюдения - круглосуточное непрерывное наблюдение, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами.

14.2 Медикаментозное лечение:

Основные ЛС (таблицы 2 и 4):

Нейролептические препараты – предназначены для купирования психопатологических нарушений и поведенческих расстройств (амисульприд,

рисперидон, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, левомепромазин, хлорпромазин, галоперидол- деканоат, флуфеназин, сульпирид).

Дополнительные медикаменты (таблицы 3 и 5):

М-Н-Холинолитики – для коррекции экстрапирамидных нарушений (тригексифенидил).

Антидепрессанты – предназначены для купирования депрессивных проявлений (амитриптилин, сертралин, флувоксамин).

Нормотимические препараты – предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин, топирамат).

Транквилизаторы (анксиолитики) – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам).

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне [4-7,9,11-20]:

Таблица 2 – Основные медикаменты:

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Клозапин (УД – А)	До 100 мг\сутки внутрь	До полного купирования поведенческих расстройств
Рisperидон (УД – А)	1-4 мг \сутки внутрь	
Амисульприд (УД – А)	200-400мг\сутки внутрь	
Галоперидол (УД – А)	До 15 мг\сутки внутрь	
Трифлуоперазин(УД – А)	До 10 мг\сутки внутрь	
Сульпирид (УД – А)	До 600 мг\сутки внутрь	
Левомепромазин (УД – А)	75-150 мг\сутки внутрь	

Таблица 3 – Дополнительные медикаменты:

Препараты применяются исключительно как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям заболевания состояний (тревоги, поведенческих расстройств, фазовых колебаний настроения).

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Сертралин (УД – А)	50-100мг\сутки внутрь	До купирования

Флувоксамин (УД – А)	50-100 мг\сутки внутрь	депрессивных проявлений
Амитриптилин (УД – А)	До 100мг\сутки внутрь	
Тригексифенидил (УД – В)	4-8мг\сутки внутрь	До исчезновения экстрапирамидных симптомов
Диазепам (УД – А)	10-20 мг\сутки внутрь	Не более 7-10 дней (непрерывно)
Топирамат (УД – В)	50-150 мг\сутки внутрь	До стабилизации эмоционального фона
Карбамазепин (УД – В)	200-600 мг\сутки внутрь	
Вальпроевая кислота (УД – В)	300-600 мг\сутки внутрь	
Ламотриджин (УД – В)	75-100 мг\сут внутрь	

Для коррекции сопутствующих симптомов допустимо применение препаратов с противотревожным, седативным, транквилизирующим действием.

14.2.2. Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне [4-7,9,11-20]:

Таблица 4 - Основные медикаменты:

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Рisperидон (УД – А)	1-4 мг \сутки внутрь	До полного купирования поведенческих расстройств
Амисульприд (УД – А)	200-400мг\сутки внутрь	
Клозапин (УД – А)	До 100 мг\сутки внутрь	
Галоперидол (УД – А)	До 10 мг\сутки в\м	
Галоперидол (УД – А)	До 15 мг\сутки внутрь	
Трифлуоперазин (УД – А)	До 10 мг\сутки в\м	
Трифлуоперазин (УД – А)	10-20мг\сутки внутрь	
Сульпирид (УД – А)	До 400 мг\сутки внутрь	

Левомепромазин (УД – В)	75-150 мг\сутки внутрь
Левомепромазин(УД – В)	75-100мг\сутки в\м
Хлорпромазин (УД – В)	75- 100мг\сутки в\м

Таблица 5 – Дополнительные медикаменты:

Препараты применяются исключительно как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям заболевания состояний (тревоги, поведенческих расстройств, фазовых колебаний настроения).

МНН	Средняя терапевтическая дозировка	Курс лечения
Амитриптилин (УД – А)	До 150мг\сутки внутрь	До купирования депрессивных проявлений
Сертралин (УД – А)	50-100мг\сутки внутрь	
Тригексифенидил (УД – В)	4-8мг\сутки внутрь	
Флувоксамин (УД – А)	50-100 мг\сутки внутрь	
Диазепам (УД – А)	До 10мг\сутки внутрь и в\м	Не более 7-10 дней (непрерывно)
Топирамат (УД – В)	50-150 мг\сутки внутрь	До стабилизации эмоционального фона
Карбамазепин (УД – В)	200-600 мг\сутки внутрь	
Вальпроевая кислота (УД – В)	300-600 мг\сутки внутрь	
Ламотриджин (УД – В)	75-100 мг\сут внутрь	

Для коррекции сопутствующих симптомов допустимо применение препаратов с противотревожным, седативным, транквилизирующим действием.

14.3 Другие виды лечения: нет.

14.4 Хирургическое лечение: нет

14.5. Профилактические мероприятия [8-10]:

Первичная профилактика – психогигиена.

Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов, психотерапия.

Третичная профилактика – повышение уровня социальной адаптации, психосоциальная реабилитация, реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов.

14.6 Дальнейшее ведение (после стационара) – диспансеризация, наблюдение на амбулаторном уровне, психотерапия, психологическое консультирование.

15 Индикаторы эффективности лечения:

- Устранение поведенческих нарушений.
- Настроенность больного и\или его семьи на продолжение лечения на амбулаторном этапе.
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Разработчики:

- 1) Любченко М.Ю., к.м.н., врач психиатр, психотерапевт, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии НАО МУК,
- 2) Бибекова Ж.Б., магистр медицинских наук, врач психиатр детский, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии НАО МУК,
- 3) Брико И.В., врач психиатр детский, психотерапевт, заместитель директора по детству КГП на ПХВ ОЦПЗ УЗКО,
- 4) Вихновская М.В., главный внештатный врач психиатр детский, заведующая детско-подростковым отделением РГП на ПХВ РНПЦПЗ МЗ РК,
- 5) Антонович М.Ю., врач психиатр, психотерапевт, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии НАО МУК,
- 6) Ступина Т.А., врач психиатр, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии НАО МУК,
- 7) Шаймерденова Д.С., врач психиатр детский, психотерапевт, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии, психиатрии и реабилитологии НАО МУК,
- 8) Юхневич Е.А., PhD, врач клинический фармаколог, ассоциированный профессор кафедры клинической фармакологии и доказательной медицины НАО МУК. .

17 Конфликта интересов нет.

18. Рецензент:

1)

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
2. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-224/2020 № 15 от 30 ноября 2020 года «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан».
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
5. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии. -4-е изд. – 2001.
6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 с.
7. Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728 с.
8. Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
9. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.ТигановаТ 1-2 – Москва «Медицина»,1999 .
10. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина»,1985.
11. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой- Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1000 с.
12. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с.
13. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкаи, Т.Воброк,

Д.Либерман, Б.Глентой, В.Ф.Гаттаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др. [Электронный ресурс] http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf.pdf

14. [Электронный ресурс] www.fda.gov (официальный сайт Управления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США)

15. [Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств)

16. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.

17. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553–564.

18. Приказ Министра здравоохранения РК от 18 мая 2021 года № ҚР ДСМ-41 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра».

19. [Электронный ресурс] <https://www.cochranelibrary.com>

20. [Электронный ресурс] www.medelement.com (Профессиональная медицинская платформа).