

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ У
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (7-18 ЛЕТ)**

1. Вводная часть

1) Код(ы) МКБ-10:

F11.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Острая интоксикация
F11.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Пагубное употребление
F11.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости
F11.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Состояние отмены
F11.4	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Абстинентное состояние с делирием
F11.5	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Психотическое расстройство
F11.7	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Резидуальные и отсроченные психотические расстройства
F11.8	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Другие психические расстройства и расстройства поведения
F11.9	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное

2) Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год.

3) Сокращения, используемые в протоколе:

КТ – компьютерная томография

МКБ 10 – Международная классификация болезней

МСП – медико-социальная реабилитация

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПАВ – психоактивное вещество/психоактивные вещества

ПВ – патологическое влечение

ППР – психические и поведенческие расстройства

РЭГ – реоэнцефалография

УЗИ – ультразвуковое исследование

УД – уровень доказательности

УО – умственная отсталость

ЦНС – центральная нервная система
 ЭКГ – электрокардиографическое исследование
 ЭХО-ЭГ – эхоэнцефалография
 ЭЭГ – электроэнцефалография
 IQ – intelligence quotient, количественная оценка уровня интеллекта человека (коэффициент умственного развития)

4) Пользователи протокола: врачи общей практики, педиатры, врачи скорой медицинской помощи, фельдшера, врачи-психиатры, в том числе (наркологи, психотерапевты).

5) Категория пациентов: несовершеннолетние (7-18 лет)

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.

7) Определение

ППР, вызванные употреблением опиоидов – комплекс физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление опиоидов начинает занимать более важное место в системе ценностей человека, чем другие формы поведения, которые ранее были более важными для пациента [1, 2].

8) Классификация (по этиологии, стадиям).

Классификация опиоидов согласно спискам психотропных веществ [35]

Список I опиоидов: героин, бутирил, фентанил и производные фентанила (например, ацетилфентанил, акрилоилфентанил, карфентанил и фуранилфентанил и другие опиоиды, такие как АН-7921, МТ-45 и U-47700), клонитазен

Список II опиоидов: кодеин, фентанил (Duragesic или Sublimaze), гидрокодон (Лортаб, Норко или Викодин), гидроморфон (Дилаудид), меперидин (Демерол), метадон (Долофин), морфин (MS Contin), опиум, оксикодон (Оксиконтин, Перкосет, Роксикет, Роксикодон).

Список III, IV и V опиоидов: бупренорфин и все препараты, содержащие бупренорфин (субоксон), кодеин и кодеин содержащие препараты, трамадол.

Классификация опиоидов по взаимодействия с опиоидными рецепторами [35]:

действующие преимущественно на опиоид мю (μ) рецептора

действующие преимущественно на опиоид сигма (δ) рецептора

действующие преимущественно на опиоид каппа (κ) рецептора

Препараты по характеру взаимодействия с опиоидными рецепторами

агонисты (активируют все типы рецепторов) - морфин, тримеперидин, трамадол, фентанил и др.;

- частичные агонисты (активируют преимущественно мю-рецепторы) - бупренорфин;

- агонисты-антагонисты (активируют каппа- и сигма- и блокируют мю- и дельта- опиоидные рецепторы) - пентазоцин, налорфин (блокирует преимущественно мю-опиоидные рецепторы и в качестве анальгетика не применяется);

- антагонисты (блокируют все типы опиоидных рецепторов) - налоксон, налтрексон (не относятся к опиоидам).

Классификация по стадиям заболевания у несовершеннолетних

1. Аддиктивное поведение:

- полисубстантное аддиктивное поведение;

- этап первых проб;

- этап поискового наркотизма;

- этап выбора предпочитаемого вещества;

- этап групповой психической зависимости

- моносубстантное аддиктивное поведение;

- этап первых случайных проб

- эпизодическое злоупотребление

- этап групповой психической зависимости

2. Первая стадия зависимости:

- индивидуальная психическая зависимость;

- возможны астенические проявления (постинтоксикационные состояния, без признаков абстинентного синдрома);
 - угасание защитных рефлексов на повышение дозы ПАВ;
 - повышение толерантности;
 - социальная дезадаптация.
3. Вторая стадия зависимости:
- продолжающийся рост толерантности;
 - изменение картины опьянения;
 - физическая зависимость;
 - абстинентный синдром;
 - компульсивное влечение;
 - анозогнозия;
 - признаки выраженной хронической интоксикации;
 - нарастающая социальная дезадаптация [5].

По периодам зависимости абстинентного периода.

1. Ранний постабстинентный период
2. Поздний постабстинентный период
3. Период устойчивой ремиссии.

2. Методы, подходы и процедуры диагностики и лечения

1) Диагностические критерии:

Синдром острой интоксикации [5, 6, 7, 8, 9].

Необходимо отметить, что проявления острой интоксикации (опьянение) у потребителей опиоидов зависит от стажа употребления и сформированности синдрома физической зависимости.

Опытные пациенты способны контролировать состояние опьянения в части эмоций и поведения, но не в части проявлений со стороны вегетативной нервной системы.

Жалобы:

зуд кончика носа, подбородка, лба; стеснение в горле, сухость во рту; одышка; чувство тяжести и тепла в руках и ногах; головная боль; тошнота и рвота

Анамнез:

введение в течение ближайшего часа опиоидов различными способами: парентерально (в/в, в/м, п/к), сублингвально, перорально, ингаляционно;

чаще начало употребления опиоидов вместе с более взрослым и более опытным потребителем наркотиков, способным оплатить данный вид наркотика; эпизодическое употребление опиоидов за кампанию или в референтной группе (это группа значимых для человека людей, к мнению, советам которых он прислушивается, от чьих оценок зависит его самоощущение); возможно начало употребления в виде курения или вдыхания паров опиоидов; более легкий отказ от наркотиков на некоторое

время в период угрозы или репрессивных мер со стороны родителей или школы;

специфическими клиническими особенностями периода первых проб и приобщения к употреблению психоактивных веществ у детей до 12-летнего возраста являются: мотивы любопытства, подражания, способа избавления от скуки; сравнительно более длительно сохраняющиеся аверсивные реакции и более быстрый переход от эпизодического потребления психоактивного вещества к регулярному;

закономерности формирования наркотической зависимости у детей с ранним началом употреблением опиоидов (до 12 лет) по сравнению с более старшими подростками и взрослыми: меньшая субъективная дифференцированность опийного опьянения.

Физикальное обследование:

психический статус:

- у пациентов без сформированного синдрома зависимости: заторможен, благодушен, малоподвижен; контакту может быть доступен с трудом в силу собственных грезоподобных переживаний; речь тихая, ответы следуют после пауз; отмечается фазность течения; опьянение как правило заканчивается глубоким сном;

- у пациентов с синдромом зависимости: пациент «подлечивается», несколько заторможен, внешние признаки опьянения обычно полностью контролируются и управляются усилием воли; фон настроения чаще благодушный; становится более активным, чувствует прилив сил; отмечается фазность течения; опьянение не обязательно заканчивается глубоким сном;

- при тяжелом опьянении (передозировке): быстро нарастает угнетение сознания: оглушенность сменяется сопором, поверхностной, а затем глубокой комой.

Наблюдается резкое сужение зрачков ("точечные зрачки"), цианоз кожных покровов, гипотензия, брадикардия, брадипноэ, патологическое дыхание по типу Чейн-Стокса с быстрым развитием гипоксемии и гиперкапнии, апноэ

соматовегетативный и неврологический статус:

у толерантных и не толерантных пациентов: сужение зрачков, отсутствие реакции зрачка на свет, бледность кожи, сухость кожи и слизистых, гипотензия, брадикардия, брадипноэ, характерный зуд кожных покровов, гипотермия, снижение защитных и сухожильных рефлексов, повышенная устойчивость к болевым раздражителям;

- при тяжелом опьянении (передозировке): резкое сужение зрачков ("точечные зрачки"), отсутствие реакции зрачка на свет, цианоз кожных покровов, гипотензия, брадикардия, брадипноэ, патологическое дыхание по типу Чейн-Стокса с быстрым развитием гипоксемии и гиперкапнии, апноэ

Синдром употребления с вредными последствиями [5, 6, 7, 8, 9].

Чаще всего у несовершеннолетних наблюдаются осложнения со стороны психической сферы. Соматические осложнения обычно не успевают развиться у детей.

Жалобы: могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении опиоидов; могут быть указания на перепады настроения, подавленность, слабость после эпизодов приема опиоидов, ухудшение памяти и внимания, трудности с запоминанием учебных материалов, диссомния.

Анамнез:

изменение толерантности: возможен переход с курения, интраназального употребления на внутривенный; увеличение количества потребляемого наркотика;

формирование патологического влечения к опиоидам: в качестве особенностей влечения к ПАВ у детей могут быть периоды, когда ребенок при угрозе репрессивных мер со стороны родителей или других значимых лиц – не проявляют признаков тяги (спонтанное купирование влечения к наркотику); менее выраженное влечение к опиоидам по сравнению со взрослыми потребителями;

изменение характера опьянения: обычно соответствуют усилению поведенческих паттернов соответствующих типу личности;

закономерности формирования наркотической зависимости у детей с ранним началом употреблением опиоидов (до 12 лет): менее выраженное влечение к опиоидам по сравнению со взрослыми; слабо выраженная степень вегетососудистой реакции при упоминании об опиоидах (гипергидроз ладоней, тахикардия);

нарастающая скрытность ребенка/подростка, поздний отход ко сну и затрудненное пробуждение по утрам, снижение успеваемости, прогулы школьных занятий, утрата интереса к учёбе и привычным увлечениям, длительное эпизодическое нерегулярное употребление опиоидов, может быть обусловлено рекреационным мотивом, появление новых друзей, подозрительное поведение старых друзей, могут присутствовать указания на эпизодический или систематический прием наркотиков за компанию, усиление финансовых запросов к родителям, выспрашивание денег, пропажи денег из дома, неопрятность внешнего вида, перепады настроения не обусловленные ситуационно, в коммуникации с родителями/опекунами лживость, изворотливость, скрытность; уходы из дома; противоправные действия, сексуальная расторможенность, указания на случайные половые контакты.

Физикальное обследование:

психический статус: астения, вялость, утомляемость, медлительность, пассивность вне интоксикации, перепады настроения, раздражительность, дисфория, безрадостность; нарушение концентрации внимания, снижение познавательной активности

соматовегетативный и неврологический статус: следы инъекций в области магистральных венозных сосудов в случае внутривенного

употребления, гиперемия и/ или изъязвление слизистых носа в случаях интраназального употребления опиоидов; неустойчивость пульса, ортостатическая гипотензия, неравномерность сухожильных рефлексов, сухость кожных покровов.

Синдром зависимости [5, 6, 7, 8, 9]

Жалобы: навязчивые мысли (влечение, тяга) об употреблении опиоидов;

перепады настроения, раздражительность, сниженное настроение, тревога,

расстройства сна, сны наркотического содержания,

рост потребности в количестве опиоидов в несколько раз по сравнению с первоначальной;

снижение познавательных функций, трудность в сосредоточении внимания,

потеря интереса к учебе, семье и объектам из жизни в пользу потребления ПАВ.

Анамнез

изменение реактивности организма:

- сведения о систематическом употреблении опиоидов в компании; переход на употребление опиоидов в одиночестве;

- патологическое влечение к опиоидам: нарушенная способность контролировать прием опиоидов; менее выраженное влечение к ПАВ по сравнению со взрослыми потребителями; слабо выраженная степень вегетососудистой реакции при упоминании о наркотиках (гипергидроз ладоней, тахикардия); периоды, когда ребенок при угрозе репрессивных мер со стороны родителей или других значимых лиц – не проявляют признаков влечения к ПАВ (спонтанное купирование влечения к опиоидам);

- проявление толерантности к опиоидам: особенности у детей и подростков заключаются в том, что не достигают плато толерантности в связи с постоянным ростом несовершеннолетнего;

изменение характера опьянения;

сформированный абстинентный синдром;

употребление опиоидов вопреки ясным доказательствам вредных последствий,

неопрятность внешнего вида; перепады настроения, не обусловленные ситуационно; нарушения режима сна/ бодрствования;

в коммуникации с родителями/опекунами лживость, изворотливость, скрытность; выпрашивание денег, пропажи денег из дома;

снижение академической успеваемости, пропуски школьных занятий;

смена круга общения, друзей;

сексуальная расторможенность, указания на случайные половые контакты.

Физикальное обследование:

психический статус:

астения, вялость, пассивность, эмоциональная лабильность, раздражительность, дисфория, влечение к опиоидам, неусидчивость, психомоторное возбуждение, психопатоподобное поведение;

соматовегетативный и неврологический статус: следы инъекций в области магистральных венозных сосудов различного срока давности, признаки слерозирования сосудов (венозные дорожки), лимфостатические признаки, ломкость, тусклость ногтей, сухость кожи, суховатость слизистых, субиктеричность склер, распространённый кариозный процесс в полости рта, дефицит массы тела, увеличение печени.

головные боли, головокружения нарушения сна, нарушения аппетита, лабильность артериального давления, диспепсические явления (тошнота, изжога).

Синдром отмены [5, 6, 7, 8, 9]

Жалобы:

выраженные боли сначала в мелких суставах и мышцах дистальных отделов конечностей, в поясничной области; чуть позже боли в крупных суставах (тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых, позвоночном столбе, длинных трубчатых костях), ощущения носят симметричный характер, не только топически, но и являются равномерными, по интенсивности их переживаний;

выраженное влечение к употреблению наркотика, компульсивного либо обсессивного варианта;

общее беспокойство, тревожность, раздражительность, гневливость, тоскливое настроение;

трудность с концентрацией внимания;

стойкие нарушения сна,

потливость, озноб, чихание, зевота, ринорея, диарея, тошнота, рвота дрожь в теле.

Анамнез:

выраженное влечение к приему опиоидов;

сведения о регулярном употреблении опиоидов;

сведения о прекращении потребления в ближайшие 12-24 часов;

состояние отмены: в качестве особенностей проявлений отмены у детей наблюдается меньшая дифференцированность и степень выраженности проявлений абстинентного синдрома (по сравнению со взрослыми);

Физикальное обследование:

психический статус:

тревога, раздражительность, неустойчивость настроения, дисфория;

неусидчивость, психопатоподобное поведение, тосливо-злобный аффект;

расстройства сна: затрудненное засыпание, устрашающие сновидения;

соматовегетативный и неврологический статус:

оживление глубоких и брюшных рефлексов; повышение Ахилловых рефлексов вплоть до выявления клонуса стопы; горизонтальный нистагм,

нарушения конвергенции и длительное снижение реакции зрачков на свет, мидриаз;

диспепсические явления (рвота, понос тошнота, изжога)

у детей до 12 лет в сравнении со более старшими подростками и взрослыми меньшая дифференцированность и степень выраженности проявлений абстинентного синдрома; слабо выраженная степень вегетососудистой реакции при упоминании об опиоидах (гипергидроз ладоней, тахикардия).

Абстинентное состояние с делирием [5, 6, 7, 8, 9]

У несовершеннолетних данное состояние развивается крайне редко, описаны случаи у старших подростков. Данное состояние может развиваться при сочетанном употреблении с другими ПАВ либо при коморбидной психической патологии.

Жалобы:

влечения к опиоидам не выражено, отсутствие аппетита, отсутствие сна, подавленный фон настроения, чувство страха и тревоги, ощущение преследования;

Анамнез:

проявления абстинентного синдрома; детоксикация с использованием клонидина.

Физикальное обследование:

психический статус: нарушения ориентировки во времени, в окружающей обстановке при сохранности ориентировки в собственной личности; нарушения восприятия в виде преимущественно зрительных иллюзий и галлюцинаций

неустойчивость и повышенная отвлекаемость внимания (иногда достигающая степени свехотвлекаемости);

аффективная лабильность;

наличие образного бреда преследования, реже бредовые идеи иного содержания;

психомоторное возбуждение с преобладанием суетливости, стремлением прятаться, убежать;

соматовегетативный и неврологический статус: горизонтальный нистагм, отсутствие аппетита; увеличение печени, 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.

Для всех вышеуказанных синдромов

Лабораторные исследования: (уровень доказательности С) [9, 11, 12, 13]

– общий анализ крови с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов: возможно снижение уровня

гемоглобина алиментарного или токсического генеза;

– биохимический анализ крови с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов (общий билирубин, гаммаглутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза. Чаще всего не имеют специфической картины и могут свидетельствовать об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб, подъем креатининфосфокиназы и лактатдегидрогеназы как результат кардиотоксичности опиоидов)

– общий анализ мочи: не имеют специфической картины, необходимо с целью ранней диагностики возможных осложнений со стороны внутренних органов

Инструментальные исследования (при обосновании необходимости в исследовании):

– РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ, УЗИ способствуют диагностированию сопутствующей неврологической и соматической патологии;

– Эхо-КГ, ЭКГ – ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца;

Показания для консультации специалистов:

- консультация психолога (медицинского, клинического);
- исследования личностных особенностей (всем пациентам);
- объективизация клинических проявлений в отношении тревожных и депрессивных расстройств, а так же суицидальных тенденций (исследование всех пациентов; возможные рекомендуемые шкалы: депрессии Бека версия для подростков, тревоги Прихожан А.М. для детей, суицидального риска Разуваевой для детей)

- особенностей психопатологии - исследование мышления, внимания, памяти, интеллекта, восприятия, эмоций для проведения дифференциального диагноза коморбидной психической патологии (по запросу врача);

- диагностика семейной и социальной дисфункции;

- консультация детского психиатра для уточнения диагноза в отношении коморбидной психической патологии (при необходимости);

- консультация педиатра для выявления возможной коморбидной патологии внутренних органов (при необходимости);

- консультация детского невролога при выявлении патологии со стороны нервной системы (при необходимости);

- консультация детского гинеколога при выявлении патологии половой системы у девочек и девушек-подростков, подозрение на беременность у девушек-подростков (при необходимости);

- консультация детского уролога при выявлении патологии мочеполовой системы у мальчиков и юношей (при необходимости);

- консультация хирурга при хирургических патологиях;

- консультация стоматолога при выявлении патологии зубов и ротовой полости;

- консультация гастроэнтеролога при выявлении патологии

желудочно-кишечного тракта;

- консультация дерматолога при патологии кожных покровов;
- консультация оториноларинголога при выявлении патологии ЛОР органов.

2) диагностический алгоритм

Для удобства врачам общей практики, педиатрам, врачам скорой медицинской помощи, фельдшерам при подозрении на употребление опиоидов несовершеннолетними возможно использование скрининговых методик.

Выбор методик остается за специалистами. В качестве примера приведены следующие: скрининговый тест C RAFFT (C – CAR (автомобиль), R – RELAX (расслабляться), A – ALONE (в одиночестве) F – FORGET (забывать), F – FRIENDS (друзья), T – TROUBLE (неприятность) для диагностики алкоголизма и наркомании и у подростков [6],

Личко, Лавкай (1987), Иванов, Личко (1992) ПДО для подростков (патохарактерологический диагностический опросник) – шкала патологической склонности к наркотизации, а также на выявление групп риска употребления ПАВ в подростковой популяции [6].

3) Таблица 1. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Шизофрения (F20.0-22.0)	<p>Фактор возраста играет ключевую роль в манифестации шизофренического процесса;</p> <p>Высокая коморбидность шизофрении и злоупотребления психоактивными веществами (в том числе опиоидами): употребление ПАВ среди лиц с шизофренией в 2 раза чаще</p> <p>Высокая частота психотических расстройств в рамках острой интоксикации, синдрома отмены опиоидов</p>	<p>Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование</p>	<p>Отсутствие диагностических критериев, установленных клиническим протоколом «Шизофрения», а именно:</p> <p>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"> • "эхо" мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей; • бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; • бредовое восприятие; • галлюцинаторные "голоса", представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;

			<ul style="list-style-type: none">• 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). <p>2) или минимум два признака из числа следующих:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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;• неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;• кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;• "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.
Аффективные расстройства (F30-39)	Возраст является одним из факторов в манифестации аффективных расстройств (распространенность аффективных симптомов у несовершеннолетних по оценке Национального Института Психического Здоровья США - 6% , распространенность сформированных расстройств – 1%); Высокая коморбидность аффективных расстройств и злоупотребления психоактивными веществами	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования (гормональный профиль), анализ на метаболиты ПАВ	Возникновение и персистирования симптомов возникает вслед за употреблением ПАВ Присутствует лабораторное подтверждение приема ПАВ; Отсутствуют диагностические критерии согласно клиническим протоколам «Маниакальный эпизод», «Депрессивный эпизод», «биполярное аффективное расстройство», «Рекуррентное аффективное расстройство», «Устойчивые расстройства настроения»
Органическое психическое расстройство в детском возрасте	Высокая частота органических психических расстройств среди несовершеннолетних; Клиническое течение органических психических расстройств может происходить с психопатизацией, волевыми нарушениями, которые обеспечивают играют патогенетическую роль в аддиктивном поведении Отсутствие своевременной диагностики органических психических расстройств снижает терапевтические и реабилитационные возможности при работе с несовершеннолетним в отношении употребления наркотиков. Высокий риск вторичного развития	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование, лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, гормональный профиль, нейрофизиологические исследования (РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ), По показаниям КТ, МРТ головного мозга	Отсутствие органических признаков нарушений головного мозга, подтверждаемых инструментально Отсутствие объективных подтверждений соматических нарушений (физикальных, лабораторных, инструментальных)

	органической патологии ЦНС на фоне употребления ПАВ		
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	Специфичны для несовершеннолетних Высокий процент коморбидности данной группы расстройств и ППР, вызванных употреблением опиоидов	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), экспериментально-психологическое обследование	Отсутствие первичности следующих симптомов в текущей клинике или анамнезе: Киперкинетические расстройства (нарушения внимания и гиперактивность) с началом до 6 лет; Расстройства поведения предшествуют первым эпизодам проб ПАВ. Отсутствие социализации интеграции в связи с ровесниками Эмоциональные расстройства по типу тревоги, социальных фобий, в том числе вызванных разлукой, сиблинговым соперничеством

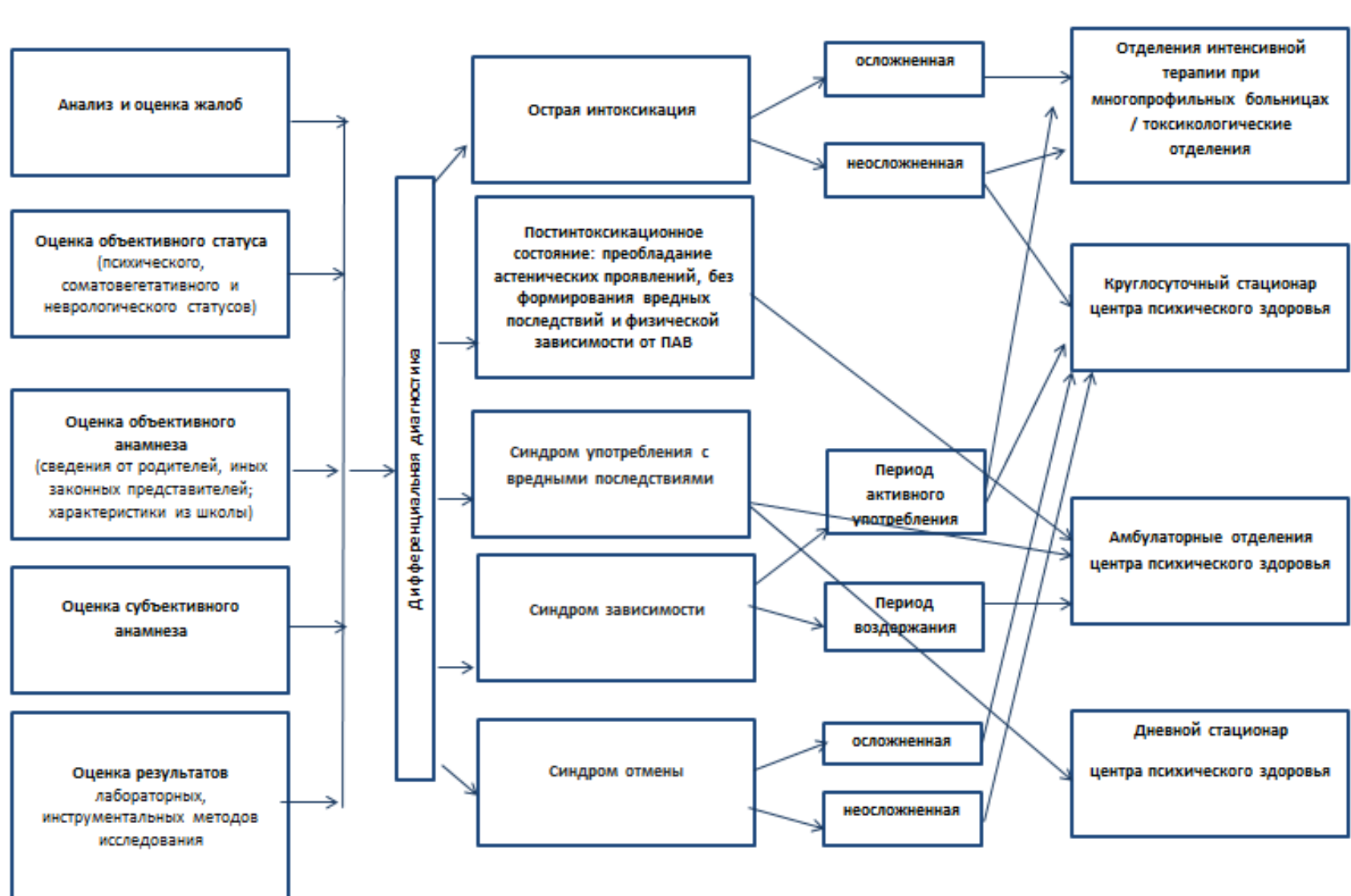


Схема 1 - Алгоритм диагностики и уровней оказания специализированной помощи

3. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

1) Немедикаментозное лечение:

- режим общий;
- диета – стол №15;
- социально-психологическое и психотерапевтическое лечение (реализуются в программах МСР)

№	Методы психокоррекционной работы	Краткое описание	Ответственный специалист	Уровень доказательности
Основные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Психообразование	Для пациента и родственников	Врач-психиатр-нарколог, клинический психолог	
2	Мотивационное интервьюирование (МИ) и мотивационная психотерапия (МП) [17, 18 19]	МИ и МП увеличивают длительность удержания пациентов в лечебных программах, снижают потребление ПАВ взрослыми и подростками, вовлеченность в рискованное поведение и улучшают приверженность лечению. Рекомендуемый минимум – от 1 до 3 сессий в начале терапии, для включения в процесс лечения, и по показаниям – на протяжении терапии для удержания в программе лечения.	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Когнитивно-поведенческая терапия, ДВТ [20, 21, 22, 23, 24]	Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических сессий. Задачи: 1. выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива: - осознание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления - дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в	Врач-психотерапевт, клинический психолог	УД- С [16]

		<p>ситуациях риска употребления,</p> <p>- выявление и конфронтация мыслей об употреблении;</p> <p>2. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);</p> <p>3. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ;</p> <p>4. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий);</p> <p>5. усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ.</p>		
4	Семейная терапия [25]	Необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Краткосрочные интервенции (КИ) [15]	Цель КИ - краткая мотивирующая беседа с фиксированной структурой, следующая основным положениям мотивирующего интервьюирования и аббревиатуре FRAMES. Краткосрочное вмешательство всегда должно начинаться с постановки проблемы, скрининга и обратной связи. Используется в течение всего процесса лечения, на разных его этапах.	Врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
2	Обучение техникам осознанности и релаксационным техникам [26]	Дыхательные практики, медитативные практики и др.	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Социотерапия - терапия средой, трудотерапия, терапия занятостью	Включение ребенка в образовательную, трудовую и развивающую (студии, секции по интересам) деятельность по месту его проживания и обучения.	Клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
4	Терапия творческим самовыражением	Арттерапия, драматерапия, библиотерапия....	Врач-психотерапевт, клинический	УД- С [16]

	м [27]		психолог, социальный работник	
--	--------	--	-------------------------------------	--

2) Медикаментозное лечение:

на амбулаторном уровне используется медикаментозное лечение исключительно коморбидной патологии согласно соответствующим ей клиническим протоколам

3) Хирургическое вмешательство: нет.

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

5) Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- отсутствие злоупотребления психоактивных веществ (любых);
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента (учебная деятельность, досуг, хобби, взаимоотношений в семье, учебном коллективе).

4. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации

4.1 Показания для экстренной госпитализации в отделение токсикологии или интенсивной терапии многопрофильной больницы:

- острая интоксикация опиоидами осложнённая;
- передозировка;
- токсическое действие опиоидами и их соединениями (Т65).

4.2 Показания для экстренной госпитализации в круглосуточный стационар центра психического здоровья:

- острая интоксикация опиоидами неосложнённая;
- абстинентное состояние вследствие употребления опиоидов.

4.3 Показания для плановой госпитализации в наркологический/психиатрический стационар:

- синдром зависимости от опиоидов;
- абстинентное состояние вследствие употребления опиоидов неосложненное/ осложненное;

4.3 Показания для плановой госпитализации в дневной стационар:

- синдром зависимости от опиоидов (период воздержания от употребления).

Лечение в условиях дневного стационара при соответствующей поддержке со стороны родителей, способствует более быстрой адаптации несовершеннолетних к социальному функционированию: продолжение

обучения в средней школе, взаимодействие с родителями и другими значимыми лицами.

5. Тактика лечения на стационарном уровне:

- 1) карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента
- 2) немедикаментозное лечение:
 - режим общий;
 - диета – стол №15;
 - социально-психологическое сопровождение в условиях дневного стационара (реализуются в программах МСР).

№	Методы психокоррекционной работы	Краткое описание	Ответственный специалист	Уровень доказательности
Основные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Психообразование	Для пациента и родственников	Врач-психиатр-нарколог, клинический психолог	
2	Краткосрочные интервенции (КИ) [15]	Цель КИ - краткая мотивирующая беседа с фиксированной структурой, следующая основным положениям мотивирующего интервьюирования и аббревиатуре FRAMES. Краткосрочное вмешательство всегда должно начинаться с постановки проблемы, скрининга и обратной связи. Используется в течение всего процесса лечения, на разных его этапах.	Врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Мотивационное интервьюирование (МИ) и мотивационная психотерапия (МП) [17, 18 19]	МИ и МП увеличивают длительность удержания пациентов в лечебных программах, снижают потребление ПАВ взрослыми и подростками, вовлеченность в рискованное поведение и улучшают приверженность лечению. Рекомендуемый минимум – от 1 до 3 сессий в начале терапии, для включения в процесс лечения, и по показаниям – на протяжении терапии для удержания в программе лечения.	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]

4	Семейная терапия [25]	Необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Обучение техникам осознанности и релаксационным техникам [26]	Дыхательные практики, медитативные практики и др.	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
2	Когнитивно-поведенческая терапия, DBT [20, 21, 22, 23, 24]	<p>Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения.</p> <p>Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических сессий.</p> <p>Задачи:</p> <p>2. выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осознание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления - дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления, - выявление и конфронтация мыслей об употреблении; <p>6. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);</p> <p>7. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ;</p> <p>8. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий);</p> <p>9. усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ.</p>	Врач-психотерапевт, клинический психолог	УД- С [16]
3	Социотерапия - терапия средой,	Включение ребенка в образовательную, трудовую и	Клинический психолог,	УД- С [16]

	трудотерапия, терапия занятостью	развивающую (студии, секции по интересам) деятельность по месту его проживания и обучения.	социальный работник	
4	Терапия творческим самовыражением [27]	Арттерапия, драматерапия, библиотерапия....	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]

- социально-психологическое сопровождение в условиях круглосуточного стационара (реализуются в программах МСР)

№	Методы психокоррекционной работы	Краткое описание	Ответственный специалист	Уровень доказательности
Основные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Психообразование	Для пациента и родственников	Врач-психиатр-нарколог, клинический психолог	
2	Краткосрочные интервенции (КИ) [15]	Цель КИ - краткая мотивирующая беседа с фиксированной структурой, следующая основным положениям мотивирующего интервьюирования и аббревиатуре FRAMES. Краткосрочное вмешательство всегда должно начинаться с постановки проблемы, скрининга и обратной связи. Используется в течение всего процесса лечения, на разных его этапах.	Врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
3	Мотивационное интервьюирование (МИ) и мотивационная психотерапия (МП) [17, 18 19]	МИ и МП увеличивают длительность удержания пациентов в лечебных программах, снижают потребление ПАВ взрослыми и подростками, вовлеченность в рискованное поведение и улучшают приверженность лечению. Рекомендуемый минимум – от 1 до 3 сессий в начале терапии, для включения в процесс лечения, и по показаниям – на протяжении терапии для удержания в	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]

		программе лечения.		
4	Когнитивно-поведенческая терапия, ДВТ [20, 21, 22, 23, 24]	<p>Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения.</p> <p>Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических сессий.</p> <p>Задачи:</p> <p>3. выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осознание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления - дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления, - выявление и конфронтация мыслей об употреблении; <p>10. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);</p> <p>11. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ;</p> <p>12. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий);</p> <p>13. усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ.</p>	Врач-психотерапевт, клинический психолог	УД- С [16]
5	Семейная терапия [25]	Необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
Дополнительные методы индивидуальной и групповой работы				
1	Обучение техникам осознанности и релаксационным техникам [26]	Дыхательные практики, медитативные практики и др.	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]
2	Социотерапия -	Включение ребенка в	Клинический	УД- С [16]

	терапия средой, трудотерапия, терапия занятостью	образовательную, трудовую и развивающую (студии, секции по интересам) деятельность по месту его проживания и обучения.	психолог, социальный работник	
3	Терапия творческим самовыражением [27]	Арттерапия, драматерапия, библиотерапия....	Врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник	УД- С [16]

3) медикаментозное лечение:

Перечень основных лекарственных средств в условиях круглосуточного стационара (имеющих 100 % вероятность применения): не предусмотрен.

Перечень основных лекарственных средств в условиях дневного стационара (имеющих 100 % вероятность применения): не предусмотрен.

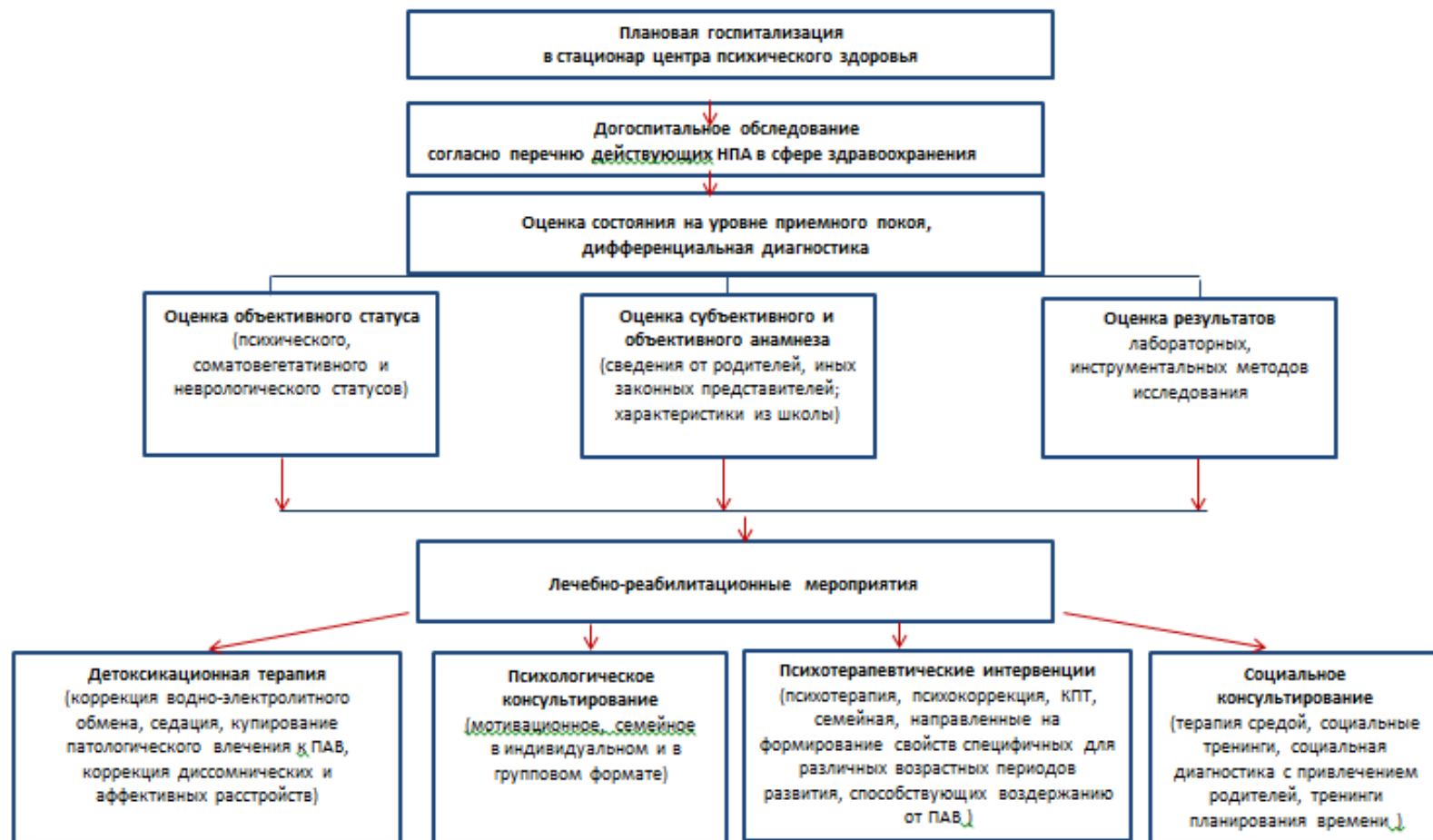


Схема 2 - Алгоритм ведения пациента в условиях круглосуточного и дневного стационара специализированной помощи

Перечень дополнительных лекарственных средств в условиях круглосуточного стационара (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Ингибитор обратного захвата серотонина (антидепрессант)	Флуоксетин	Перорально, 10-60 мг в сутки	УД- С [28]
Атипичный нейролептик	Кветиапин	Перорально, 50-10 мг в сутки	УД-Д [28]
Атипичный нейролептик	Оланзапин	Перорально, инъекционно, 2,5-20 мг в сутки	УД-А [29]
Атипичный нейролептик	Рisperидон	Перорально, для детей свыше 20 кг 1 мг в сутки	УД-А [29]
Анксиолитик	Диазепам	Перорально, инъекционно, 0,1–0,8 мг/кг в сутки в 3–4 приема	УД-А [30]
Нейролептик	Тиоридазин	Перорально, 75-150 мг в сутки	УД-Д [5]
Нейролептик	Галоперидол	Инъекционно, перорально, 2,5-5 мг в сутки	УД - А [31]
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Натрия хлорид, раствор 0,9%	Инъекционно, 15-20 мл/кг*час	УД – Д [32, 33]
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Глюкоза, раствор 5%	Инъекционно, 15-20 мл/кг*час	УД – Д [32, 33]
Противосудорожный препарат	Карбамазепин	Перорально, 6-10 лет – от 100 до 400 мг (в 2-3 приема), для 11-15 лет - 600-1000 мг (в 2-3 приема).	УД – С [34]
Витамины	Витамин В ₁ 5% Витамин В ₁₂ 0,05% Витамин В ₆ 5%	Внутримышечно, инфузионно	

4) Хирургическое вмешательство: нет.

5) Дальнейшее ведение: несовершеннолетнего пациента осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

б) Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- отсутствие злоупотребления психоактивных веществ (любых);
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента (учебная деятельность, досуг, хобби, взаимоотношений в семье, учебном коллективе).

III. Организационные аспекты внедрения протокола:

16.Список разработчиков:

- 1) Каражанова Анар Серикказыевна, доктор медицинских наук, врач психиатр нарколог, психотерапевт, заведующая кафедрой клинической психологии НАО МУА
- 2) Смагулова Гульнар Серикхановна, врач психиатр (нарколог), директор филиала РНПЦПЗ (г. Павлодар)
- 3) Каримова Гульмира Ауесхановна, врач психиатр (нарколог), заместитель главного врача по аудиту Жамбыльского областного центра психического здоровья
- 4) Нурпеисова Алтын Алданышевна, клинический фармаколог, заведующая клинико-фармакологическим отделом РГП «Больницы МЦ УДП РК»

17.Конфликт интересов: нет

18.Рецензенты:

19.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.

20. Список использованной литературы:

1. 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.

2. 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/>

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

4. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Руководство для врачей. - Л.: Медицина. 1991 – 304 с,

5. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2002 – 256 с

6. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений. - СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. — 272 с.

7. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Особенности формирования зависимостей от ПАВ в детском возрасте. Клинические и социально-психологические аспекты», Алматы, 2010

8. Михайлов М.А., Уткин С.И. Клинические рекомендации. Острая интоксикация психоактивными веществами. Ассоциация наркологов МЗ РФ. 2020 г

9. Наркология: национальное руководство. /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой, 2-е издание, переработанное и дополненное. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 944с.

10. Тиганов А.С. Экзогенные психические расстройств, Онлайн Библиотека <http://www.koob.ru>

11. Афанасьев В.В. Неотложная токсикология: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Мед., 2009. - 379 с.

12. Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание /под ред. Б. Р. Гельфанда, И. Б. Заболотских. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 928 с.: илл.

13. Хоффман Р., Нельсон. Л. Экстренная медицинская помощь при отравлениях «Практика» 2010, 1440 с.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119139/acmdnps2011.pdf

14. Клинические протоколы по соответствующим нозологиям РЦ РЗ <http://rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly>

15. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. Неврологический вестник. 2010. No 3. С. 25–27

16. National Institute on Drug Abuse. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide. 2014

17. Миллер У., Роллник С. *Мотивационное* консультирование. Как помочь людям измениться. М.: Эксмо, 2017; 544 с.

18. Прохазка Д., Норкросс Д., ди Клементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 320 с.

19. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2002. 976 с.

20. Кристоф Луз, Питер Грааф, Герхард Зарбок, Рут Холт. Схематерапия для детей и подростков. Практическое руководство, 2021г.,544стр.;

21. Джилл Х. Ратус, Алек Л. Миллер. Диалектическая поведенческая терапия для подростков: руководство по тренингу навыков. 2021г.,544стр

22. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.

23. Бек А.Т., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств

- личности. СПб.: Питер, Практикум по психотерапии, 2002. 544 с.
24. Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. 400 с.
25. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: Институт консультирования и системных решений, 2015. 368 с.
26. Вольф К., Серпа Дж. Г. Обучение осознанности. Клиническое руководство. Пошаговая программа для психотерапевтов, изд. Диалектика, 272 стр
27. Бурно М. Е. [Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд. — М.: Академический проект, Альма Матер, 2012. — 487 с.
28. 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>
29. Xia L, Li WZ, Liu HZ, Hao R, Zhang XY. Olanzapine Versus Risperidone in Children and Adolescents with Psychosis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018;28(4):244-251. doi:10.1089/cap.2017.0120
30. Kuang H, Johnson JA, Mulqueen JM, Bloch MH. The efficacy of benzodiazepines as acute anxiolytics in children: A meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2017;34(10):888-896. doi:10.1002/da.22643
31. Connor DF, Boone RT, Steingard RJ, Lopez ID, Melloni RH. Psychopharmacology and Aggression: II. A Meta-Analysis of Nonstimulant Medication Effects on Overt Aggression-Related Behaviors in Youth with SED. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2003;11(3):157-168. doi:[10.1177/10634266030110030301](https://doi.org/10.1177/10634266030110030301)
32. Kimberly D. Nordstrom, Michael P. Wilson Quick Guide to Psychiatric Emergencies: Tools for Behavioral and toxicological situations, 2018
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-58260-3>
<https://books.google.kz/books?id=TQtQDwAAQBAJ&pg=PA186&lpg=PA186&dq=false>
33. Маркова И.В. Клиническая токсикология детей и подростков, учебное пособие. – Санкт-Петербург «ИНТЕРМЕДИКА», 1998. С. 155-161
34. Hernandez-Avila CA, Ortega-Soto HA, Jasso A, Hasfura-Buenaga CA, Kranzler HR. Treatment of inhalant-induced psychotic disorder with carbamazepine versus haloperidol. *Psychiatr Serv*. 1998 Jun;49(6):812-5. doi: 10.1176/ps.49.6.812. PMID: 9634163.
35. European Drug Report: Trends and Developments. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017