


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ
И РЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Главного
управления Кадров,
науки и учебных заве-
дений МЗ РУз, проф.
Ф.Акилов
« 9 августа 2002 год



ГЕРОИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

(Методические рекомендации)

ТАШКЕНТ - 2002

Основное учреждение разработчик – кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института

Авторы:

М.Л.Аграновский - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института;

З.А.Газиева, А.А.Ахмедова, Б.У.Мадьярова - ассистенты кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института

В.М.Аграновский – клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института

Рецензенты:

Н.С.Мамасолиев - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии УАВ - 2;

А.М.Каримов – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и детской неврологии

Внешний отзыв:

Б.А.Тошматов – главный психиатр республики Узбекистан, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии I ТашМИ

Методические указания предназначены для семейных врачей, психиатров, магистров и студентов медицинских институтов.

Методические указания составлены доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института М.Л.Аграновским и ассистентами кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института А.А.Ахмедовой, З.А.Газиевой, Б.У.Мадьяровой, клиническим ординатором кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института В.М.Аграновским.

ГЕРОИНОВАЯ НАРКОМАНИЯ

П Л А Н

1. Введение.
2. Опиоидная зависимость.
3. Эпидемиология.
4. Патогенез.
5. Клиника.
6. Клиника абстиненции.
7. Дифференциальный диагноз.
8. Лечение.

Под наркоманией понимают привыкание к наркотическим веществам, приводящее в конечном счёте к глубокой деградации личности и инвалидности.

Наркомания известна давно. О наркотическом действии таких веществ как опий, народы Восточного Средиземноморья знали еще во 2 тысячелетии до н. э. В Южную Азию культуру опия завезли войска Александра Македонского в 1 веке до н. э. В 18 веке опий из Индии распространился в Юго-Восточной Азии. Постепенно опий появляется в европейских странах. Особенно широкое распространение как наркотик опий получил в конце 20 века.

В начале опий и его препараты в малых дозах применялись только в медицине в силу своего успокаивающего действия. Затем постепенно в результате злоупотребления им возникла наркомания. Колоссальные доходы от продажи наркотиков поддерживают её широкое распространение.

ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Опиоиды являются классом веществ, которые вызывают физическую и психическую зависимость. Основной препарат, опиум, получается из сока опийного мака. Имеется около 20 различных алкалоидов, получаемых из опия, в самом опии они являются натуральные, но они могут быть также получены из морфия, в том числе и героин (диацетил морфия). Антагонисты опиоидов, синтетические соединения, которые блокируют действие опия, это: налорфан, палексин, апоморфин.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Из всех видов опиатной наркомании наиболее распространенной является зависимость к героину. Вспышки героиновой наркомании появились в середине 70-х годов и в начале 80-х. Психиатрические эпидемиологические исследования, проводимые с 1981 по 1983 г. показали, что у 0,7% взрослого населения обнаруживаются признаки, соответствующие диагностическим критериям для опиоидной наркомании или зависимости в определенные периоды жизни. Число наркоманов-мужчин значительно превышает число наркоманов-женщин, соотношение равно 3:1, возраст большинства из них - начало или середина третьего десятка, а возраст начала злоупотребления - конец подросткового периода или 20 лет. Героиновым наркоманам приходится тратить большие деньги в день, чтобы удовлетворить свое желание, причем большая часть денег добывается преступным способом.

ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез наркомании сложен. Предполагают, что в начальных стадиях наблюдаются нарушения реакции нейронов коры больших полушарий, гипоталамуса, ретикулярной формации. Героин влияет на функциональное состояние дендритов, в результате чего нарушается замыкательная и интегративная функция мозга. Страдают синапсы, нарушая межнейронные связи.

В хронической, поздней стадиях заболевания нарушаются рецептивные возможности нейронов структурно-функциональной организации мозга. «Привыкание» к наркотику и формирование абстиненции происходит при участии адренергических и холинергических медиаторов. Под воздействием наркотика изменяется метаболизм биогенных аминов мозга, опосредующих фармакологические и поведенческие эффекты.

Наркотики особенно воздействуют на те системы мозга, в которых основное значение имеют такие биогенные амины, как дофамин, норадреналин, серотонин.

Опиоиды осуществляют своё действие, связываясь со специфическими связующими звеньями, называемыми опиоидными рецепторами. В 1974 г. был выделен эндогенный фактор с опиатоподобным действием, оказавшийся пентапептилом, энкефалин, некоторые виды которого были выделены из мозга и названы эндоферминами.

В развитии зависимости от препаратов из группы морфина определённую роль играет способность этих веществ влиять на систему так называемых опиатных рецепторов и их эндогенных лигандов (эндоморфинов и энкефалинов) в центральной нервной системе. Опиатные рецепторы встречаются только в нервной ткани. Они исчезают при денервации. Опиатные рецепторы локализованы главным образом вблизи путей, приводящих болевые ощущения. Различие в спектре действия наркотических анальгетиков и эндоморфинов свидетельствует о существовании более чем одного типа опиатных рецепторов. Опиаты реагируют с разными опиатными рецепторами. Данная гипотеза позволяет умозрительно отделить различные эффекты наркотических анальгетиков, в частности анальгезию, от зависимости. Опиатные рецепторы специфичны для восприятия определенного вида медиаторов в мозге. Этот медиатор был назван энкефалином. Энкефалин может вызывать некоторые эффекты морфина, является антагонистом морфина и антагонистом налексана.

КЛИНИКА

Привыкание к героину происходит быстрее. После приёма небольшого количества вещества (5-10 мг) наблюдается аналгезия, дремотное состояние, изменения настроения и нарушения восприятия.

Последовательность действия наркотика следующая: через 20-30 секунд после введения препарата ощущаются волна тепла, проходящая по спине, зуд в области лица – нос, лоб, подбородок, шея. Зрачки суживаются, появляется сухость во рту, отмечается длительная заторможенность, сосредоточенность на физических ощущениях, мысли как бы застывают на переживаемых ощущениях, сознание суживается. Эта фаза длится 5-7 минут. Она сменяется состоянием общей умиротворенности, чувством приятного тепла и тяжести в ногах, во всем теле. Появляются иллюзорные видения, «грезь». На стене, потолке, в рисунке ковра, обоев видятся различные причудливые, приятные картины, сцены. Внешние раздражители практически в сферу активного внимания не попадают. Потом у большинства наступает сон, длящийся 3-4 часа. У некоторых после пробуждения отмечается плохое настроение, подавленность, общий дискомфорт.

Некоторые больные ощущают эйфорию, которая может продолжаться 10-30 минут. У наркоманов, применяющих внутривенное введение препарата, тотчас же отмечается достижение наивысшей точки, которая описывается ими, как чувство, близкое к оргазму (называемое «кайф»), вследствие того, что препарат попадает в мозг через несколько минут после инъекции. За этим следует седативный эффект (который наркоманы называют «уход в дремоту»). Аналгезия, вызванная героином, имеет избирательный характер. Изменяется характер боли, причем так, что больной становится безразличной к ней.

Воздействие героина, обуславливающее удовольствие и эйфорию, примерно в два раза выше, чем морфия.

В зависимости от длительности приёма наркотиков, эйфоризирующий эффект изменяется в сторону снижения, а затем и исчезновения защитных реакций организма. Потребление наркотика приобретает систематический характер, происходит изменение толерантности. Постепенно формируется психическая зависимость от героина, далее вырабатывается физическая зависимость с неодолимым влечением к наркотизации и выраженной абстиненцией.

Первые приёмы героина запоминаются, и если они повторяются, то происходит трансформация отношения к ним. Этот период, в зависимости от способа введения (внутрь, внутривенно, внутримышечно), типа высшей нервной деятельности, продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев. Приёмы наркотика разовые, каждый из них сопровождается вышеописанным состоянием. Это время очень важно оценить как период предвестников для возможного взятия на учёт и проведения профилактической работы.

В динамике становления наркомании условно можно различить 3 стадии: начальную или I – адаптации (изменение реактивности организма и появление психической зависимости); хроническую, или II – завершение формирования физической зависимости (абстиненция, в ряде случаев возникновение психозов, полинаркомании); позднюю, или III – истощение всех систем организма (снижение толерантности, общей реактивности организма, психической, соматогенной, неврологической, затяжная абстиненция, слабоумие).

Начальная стадия характеризуется систематическим приёмом наркотика, быстрым увеличением дозы препарата (повышение толерантности).

Смертельная доза героина составляет 0,3-0,5 гр. У наркоманов быстрее наступает тенденция к увеличению дозы до сотни миллиграммов. В период действия препарата ощущения те же – это комплекс психических дегенеративных стигм. Одновременно имеется комплекс соматических ощущений – сухость во рту, зуд,

проходящий к концу начального периода, теплота, ощущение тяжести в теле, нижних конечностях, нарушается сон. Зрачки сужаются, имеются различные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы, снижение аппетита, задержка стула. Быстро вырабатывается синдром психической зависимости с явлениями навязчивого желания повторить приём наркотика, ощутить приятное чувство покоя, иллюзорности происходящего. Длительность начальной стадии от 2-3 до 6-8 месяцев.

Хроническая стадия характеризуется систематическим, регулярным приёмом наркотика. Доза вводимого наркотика может ещё увеличиваться или достигает своего апогея до 5000 мг. Важно отметить, что наркоманы очень чётко знают свои наивысшие разовые, суточные дозы и практически никогда их не переходят, в связи с этим отравлений у них не бывает. В этой стадии психическая зависимость от героина выражена чётко, наркоман не может обойтись без наркотика. Если в начальной стадии отмечалась эйфория, затем наступали покой, расслабление, то в этой стадии наркоман вял, заторможен, а после введения наркотика становится энергичным, деятельным, подвижным, работоспособным. Это состояние похоже на маниакальное с его психической и моторной приподнятостью. Наркоманы различными способами стремятся вернуть прежнее состояние – повышают дозу принимаемого препарата. Постепенно формируется абстиненция. Длительность этой стадии 5-10 лет.

Поздняя стадия. В это время снижается толерантность примерно на $\frac{1}{3}$ ранее принимаемой дозы. Наркоман без приёма наркотика совершенно теряет способность активной деятельности, особенно трудовой, он бессилен, безынициативен. Главным синдромом, определяющим состояние наркомана, становится не навязчивое состояние (обсессия), а абстиненция, ибо каждый обрыв приёма наркотика через 8-12 часов вызывает абстиненцию. При этом отмечаются разнообразные соматовегетативные психоневрологические симптомы: слёзотечение, зевота, потоотделение, тремор рук, озноб, расширение зрачков, тошнота, рвота, повышение температуры. Учащение дыхания, боль в мышцах, обезвоживание организма, похудание, нарушение сна, тревога, страх смерти, нарушение настроения.

В поздней стадии болезни абстиненция несколько отлична от такой при хронической стадии. Меньше выражены чиханье, слезотечение, частый жидкий стул, особенно первые 3-5 дней. Тонус мышц несколько повышен, однако выраженных болей нет, более отмечен дискомфорт. Имеют место артериальная гипотензия, брадикардия, отчего выше риск развития коллапса, общее снижение жизненного тонуса, понижение настроения. Они вялы, гиподинамичны. Все их поведение окрашено безысходной тоской. В хронической стадии выраженные явления абстиненции длятся 5-7 дней. В поздней стадии длительность абстиненции еще продолжительнее, астения держится долго, иногда до 3-4 месяцев.

Наркоманы, как правило, истощены, цвет кожи серо-землистый. Им свойственно раннее облысение, поседение, ломкость, хрупкость ногтей, зубов, шелушащаяся кожа, тромбозы, у многих отмечается сердечная недостаточность, заболевания печени. В местах введения наркотиков – локтевых сгибах, стопах, межпальцевых складках видны рубцы (от множественных инъекций).

Наркоманы хронической, поздней стадии становятся асоциальны. Как правило. Необходимость постоянной добычи наркотиков приводит их к краже, мошенничеству, другим противоправным нарушениям. Чаще всего преступления ими совершаются в состоянии абстиненции.

КЛИНИКА АБСТИНЕНЦИИ

Героиновые наркоманы могут принимать сотни миллиграммов героина, толерантные наркоманы принимают до 5000 мг наркотика. У нетолерантных субъектов смерть от передозировки может наступить при приеме 60 мг героина. Героиновый абстинентный синдром начинается через 6-8 часов после приема последней дозы, обычно через 1-2 недели после постоянного приема или введения наркотического вещества. Он достигает максимальной интенсивности в течение 2-го или 3-го дня и продолжается следующие 7-10 дней.

Диагностические критерии симптомов абстиненции: поведенческие, страстное желание получить наркотик, бессонница, жажда, иногда применение насилия; соматические - потливость, лихорадка, насморк, мидриаз, пилоэрекция, тошнота и рвота, сердечно-сосудистая неустойчивость, гипертензия, тахикардия; абдоминальные спазмы, припадки типа больших судорожных.

Абстиненция, ускоренная действием антагониста, после длительного приема наркотика может быть очень тяжелой. Наркоман редко погибает от абстиненции, если не страдает тяжелым сопутствующим заболеванием. Одна доза героина, сделанная в любое время в течение абстинентного синдрома, ослабляет симптомы абстиненции.

Признаки опиоидного синдрома:

А. Прекращение длительного умеренного или сильного употребления опиоидов или снижение количества потребляемого опиоида, вслед за которым наблюдается не менее трех из следующих признаков:

1. страстное желание принять опиоид,
2. тошнота или рвота,
3. боли в мышцах,
4. слезотечение или насморк,
5. расширение зрачка, пилоэрекция или потливость,
6. диарея,
7. зевота,
8. лихорадка,
9. бессонница.

В. Отсутствие связи с каким-либо соматическим или другим психическим расстройством.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Героиновую наркоманию следует дифференцировать с хроническим алкоголизмом, гашишеманией, кокаиноманией.

Различна клиника опьянения при алкоголизме: фаза возбуждения (эйфория, болтливость, растерянность), фаза угнетения (замедление психических процессов, иногда-коматозное состояние); при гашишомании – 4 фазы опьянения: фаза возбуждения, фаза измененного состояния, фаза экстаза, фаза сна; при кокаинизме – отмечаются 3 фазы: эйфория с повышенной деятельностью, чувством повышенной мышечной силы, состояние нарушения сознания (с обильными, окрашенными в красный, зеленый и черный цвет, микроскопическими; постоянно перемещающимися образами зрительных, а также тактильных галлюцинаций, нередко локализованных под кожей); конечная фаза-сомноленция.

При героиновой наркомании через 20-3-секунд после приема наркотика ощущается волна тепла, зрачки суживаются, отмечается длительная заторможенность, через 5-7 минут отмечается состояние общей умиротворенности, чувством приятного тепла во всем теле, появляются иллюзорные видения, «грезы», затем наступает сон.

Период появления зависимости различен: при алкоголизме – в среднем 5 лет, при гашишомании – отмечается меньшая зависимость от наркотика, при кокаиномании –

нехарактерен период зависимости, при героиновой наркомании этот период формируется очень быстро-2 недели.

Абстиненция протекает по-разному: при алкоголизме – нарушение сна, потливость, снижение аппетита, тремор, сухость во рту, эмоциональные нарушения, при кокаиномании – абстинентный синдром выражен резко. Сухость слизистых носоглотки, расширение зрачков и в связи с этим снижение остроты зрения, снижение А\Д, головная боль локализуется в затылочной области, иногда снижение настроения и суицидальные мысли; при героиновой наркомании – бессонница, агитация, потливость, насморк, мидриаз, тошнота и рвота, гипертензия, тахикардия, боли в мышцах, зевота, лихорадка, диарея, страстное желание принять наркотик, героиновый абстинентный синдром длится 7-10 дней.

ЛЕЧЕНИЕ

Основным методом лечения наркомании является этапность лечения.

1. Предварительный этап – дезинтоксикационная, общеукрепляющая, стимулирующая терапия в сочетании с прекращением приема наркотического вещества;
2. Основное активное антинаркотическое лечение.
3. Поддерживающее лечение.

На первом этапе лечение в стационаре направлено на устранение абстинентных явлений, восстановление нарушенных функций. В схему лечения абстинентных состояний, как правило, включается назначение следующих препаратов:

- 1) Sol. Calcii chloridi 10% -10 мл + sol. Glucosae 40% - 10 мл в\в ежедневно, 10-15 вливаний или Sol. Natrii thiosulfatis + sol. Glucosae 40%-10,0 10-15 вливаний.
- 2) Sol. Magnesii sulfatis 25% - 5-10 мл в\м ежедневно 10-15 вливаний или sol. Unithioli 5%-5-10 мл в\м ежедневно 10-15 инъекций.
- 3) Sol. vit. B₁ 5%-3-4 мл в\м
- 4) Sol. vit. B₆ -4-6 мл (на высоте абстиненции до 10 мл) в\м.
- 5) Sol. vit. B₁₂ 0,02%- 1 в\м.
- 6) Sol. vit. C 5%-3-5 мл в\м.
- 7) Sol. vit. PP 1%-1-2 п\к курсами до 10-15 дней.

В тяжелых случаях рекомендуется Немодези 40,0 мл в\в капельно.

Для устранения болевых ощущений во внутренних органах применяют анальгетики: sol. Analgini 50%-2,0 мл в\м, Baralguni 2-5 мл в\в или в\м, или в\в капельно на sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0. У больных с ярко выраженным болевым синдромом применяется трамал перорально до 0,4 мг в сутки в течение первых 4 дней лечения с постепенным снижением дозы.

Спазмолитики: No-chpa 0,04 г. перорально или 2 мл 2% р-ра в\м, sol. Papaverini 2%-2,0 в\м или в\в, 0,04 перорально.

При расстройствах настроения назначают антидепрессанты: Sol. Amytriptilini 1,25%-1,0-2,0 мл в\м (100-200 мг в сутки), tab. Pyrazidoli 25 мг перорально (100-200 мг в сутки). Антидепрессанты назначают в комбинации с нейролептиками: sol. Tisercini 2,5%-2,0 в\м. Sol. Haloperidoli 0,5%-1,0 в\м.

Для купирования абстиненции в последние годы широко применяются различные транквилизаторы: sol. Seduxeni – 2,0 в\м или в\в (капельно или струйно), sol. Eleniumi 1,0 в\м или в\в 40-50 мг, tab. Phenazepamii 5-8 мг внутрь.

При тревожно-боязливом аффекте, подозрительности, страхе, расстройстве сна, вегетативных нарушениях показаны элениум, сибазон. Сибазон назначается в дозах 5-15 мг, высшая доза 60 мг. Кроме того, сибазон через 2-3 дня приведет к уменьшению колебания аффекта, снижает страх, повышенную раздражительность, непреодолимую тягу к наркотику.

Хорошо купирует абстиненцию пирроксан. Он довольно быстро снижает тягостные симптомы – бессонницу, тягу к наркотику. Препарат применяется в\в, в\м, внутрь. Начинают чаще всего 90-180 мг под контролем А\Д. Длительность лечения 5-7 дней.

При возбуждении, бессоннице, напряженности применяют sol. Aminazini 2,5%-1-3 мл в\м или в\в 1-2 раза в день в течение 5-7 дней.

Героиновую наркоманию до недавнего времени купировали сочетанием холинолитических и курареподобных препаратов. В последние годы эту абстиненцию купируют введением атропина в дозах, вызывающих делирий или оглушение. Применяют sol. Atropini sulfatis 0,1%-6-8 мл. Атропиновый делирий или оглушение купируют sol. Eserini 0,1%- 2, 0 мл п\к каждые полчаса до полного исчезновения делириозных расстройств.

В случае падения А/Д при введении эзерина назначают 2 sol. Cofeini benzoais 20%-2,0 п\к и sol. Glucosae 40%-20,0 в\в. При нарушении сна вводят в\м 5- мг аминазина или тизерцина и 2 мл кордиамина.

После атропинового делирия в течение нескольких дней отмечается астения. Стремление к приему наркотика либо резко уменьшается либо исчезает. Если явления абстиненции ликвидированы не полностью, то введение высоких доз атропина повторяют. После сеансов атропинокоматозной терапии следует назначать пироксан. Феназепам, папаверин, теплые ванны на ночь.

Ф.Г. Гофман, Е.С. Лешаков предложили купировать героиновую абстиненцию внутривенным капельным введением 60 мг амитриптилина. Развивающийся при этом делирий легко снимается эзерпином.

Широко используется сульфозин от 5,0 до 10,0 мл 1 раз в день в 2-4 дня (5-6 инъекций), пирогенал (250-1000 МД) через 1-2 дня (6-8 инъекций).

Первый этап наркомании продолжается 3-4 недели, хотя больных с явлениями астении следует лечить на протяжении всего периода пребывания в стационаре.

Второй этап лечения состоит из активной и симптоматической терапии. Главным методом следует считать психотерапию в различных её видах-гипноз с внушением отвращения и выработкой отрицательного рефлекса на наркотик, укрепление воли, установок на активное выздоровление.

Медикаментозную терапию проводят sol. Magnesii sulfatis 25%-10,0 мл в\в, sol. Aromorphini 0,5%-0,1-0,2 п\к. Особенно показан пирарцетам –2-4-6 г. в сутки.

Необходимо применять физиотерапевтические процедуры: ванны, гальванизацию, электрофорез, токи д-Арсонваль, грязевые и парафиновые аппликации, ультрафиолетовые облучения, электросон (от 10-15 до 20-30 процедур по 1-2 часа каждый сеанс).

На втором этапе лечения необходимо в ежедневный режим включать трудотерапию.

Третий этап лечения- поддерживающая терапия охватывает длительный промежуток времени (5 лет). На протяжении этого периода больные обязательно должны находиться под наблюдением наркологического кабинета. В это время обязательно проводятся психотерапевтическое вмешательство, повторные курсы, условнорефлекторной, общеукрепляющей, стимулирующей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. Москва. «Медицина», 1979 г. – 187 с.;
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М.: Медицина, 1999 г.;
3. Блейхер В.М. Клиническая психопатология. Ташкент, 1976 – 325 с.;
4. Брайтиган В. «Психосоматическая медицина» МОСКВА 1999 г.
5. Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах. Санкт-Петербург (Москва, Харьков, Минск): Питер – 1998 – 311 с.;
6. «Клиническая психиатрия». Под ред. Т. Б. Дмитриевой. МОСКВА 1998 г.
7. Зейгарник Б.В., Николаева В.Р., Лебединский В.В. Практикум по психопатологии. М.: Медицина, 1987;
8. Иванов П.И. Общая психология. Ташкент. Укитувчи, 1964 – 544 с.;
9. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Москва, 1999 г.
10. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М.: Медицина, 1982 – 270 с.;
11. Коркина М.В., Цивилько М.А., Мериллов В.В., Карева М.А. Практикум по психиатрии (учебное пособие). М.: Медицина, 1986 – 182 с.;
12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательство московского университета, 1974 – 374 с.;
13. Руководство по психиатрии / Под ред. Морозова Г.В./ М.: Медицина, 1985, Т. 1, 2;
14. Мурталибов Ш.А. Справочник по психиатрии. Ташкент, 1998 – 249 с.;
15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики психопатологии (практическое руководство). М.: Медицина, 1970 – 215 с.;
16. Руководство по психиатрии / Под ред. Снежневского А.В. / М.: Медицина, 1983. Т. 1, 2;
17. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. М.: Медицина, 1985 – 410 с.;
18. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Ташкент, 1995;
19. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999 –
20. Шейдер Р. «Психиатрия» МОСКВА 1998 г.
21. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997 – 721 с.