

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц

19.05.2011 г.

Регистрационный № 189-1210

**МЕТОД ДИАГНОСТИКИ  
УРОВНЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ  
НАРКОТИКОВ**

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

АВТОРЫ:

канд. мед. наук, доц. Э.П. Станько; д-р мед. наук, проф. С.А. Игумнов;

канд. мед. наук А.П. Гелда.

Минск 2011

Проблема социального снижения или социальной дезадаптации пациентов с синдромом зависимости вследствие употребления наркотических средств (НС) является результирующей взаимодействия ряда факторов: биологических, социальных условий развития, клинических (преморбид, психопатологические характеристики, темп развертывания расстройства), психологических (личностные особенности), а также выраженности приобретенных изменений личности. В каждом конкретном случае эти факторы формируют своеобразную модель поведения пациентов, их социальной дезадаптации, диагностика которой позволит своевременно определить и обосновать тактику ведения, объем реабилитационных и профилактических мероприятий в зависимости от глубины дезадаптации.

Результат взаимодействия окружающей среды с внутренней регулятивной системой организма определяют как адаптацию. Под социальной адаптацией понимают взаимодействие личности или группы с социальной средой, включающее усвоение норм и ценностей данной среды в процессе социализации, а также ее изменение, преобразование в соответствии с новыми условиями и целями.

Социальная дезадаптация — это нарушение взаимодействия с социальной средой, прекращение или изменение усвоения ее норм и ценностей, невозможность участвовать в ее преобразовании. Злоупотребление наркотиками меняет социальную ориентацию личности, возникает психопатизация личности, ее деградация с морально-этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями, социально-трудовой дезадаптацией и криминализацией. При хроническом многолетнем течении наркомании личность нивелируется, стираются компенсаторные возможности организма, углубляется социальная дезадаптация пациентов с потерей трудоспособности и выходом на инвалидность.

Впервые в Республике Беларусь разработана новая схема диагностического поиска, позволяющая проводить комплексную оценку социальных, клинических и психологических факторов, влияющих на дезадаптацию пациентов, страдающих наркоманией. Применяя на практике шкалу определения уровня дезадаптации (*ШОУД*, Приложение), основанную на использовании объективного анализа выраженности количественно и качественно измеряемых социальных, клинических и психологических факторов, психиатр-нарколог или клинический психолог смогут составить биопсихосоциальную модель дезадаптивного поведения пациентов с наркоманиями, выявить значимость (удельный вес) каждого из указанных групп факторов, влияющих на выраженность дезадаптации, разработать тактику ведения пациентов с наркоманиями, определить объем и направленность лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от степени социальной дезадаптации.

Инструкция предназначена для врачей психиатров-наркологов учреждений здравоохранения психиатрического профиля и общемедицинской сети (специалистов поликлиник — психиатров-наркологов, психотерапевтов,

психологов), а также при наличии соответствующей подготовки врачей общей практики.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ИНСТРУМЕНТАРИЯ**

1. Стандартное оборудование кабинета психиатра-нарколога поликлиники, диспансера, стационарного отделения учреждений здравоохранения психиатрического профиля.
2. Шкала определения уровня дезадаптации (*ШОУД*) на бумажном носителе (при наличии необходимости — в компьютерном варианте).
3. Набор бланков для регистрации ответов при использовании *ШОУД*.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Обследование пациентов на предмет выявления и определения уровня социальной дезадаптации начинают с момента обращения к психиатру-наркологу поликлиники либо стационарного отделения, продолжают в процессе наблюдения в стационарных и амбулаторных условиях.

1. Лица, с антисоциальным поведением, употребляющие наркотические средства, не состоящие на учете (группа риска развития наркоманий).
2. Пациенты, состоящие на наркологическом профилактическом учете в учреждениях здравоохранения в связи с вредными последствиями вследствие употребления наркотических средств (группа риска развития наркоманий).
3. Пациенты с синдромом зависимости вследствие употребления наркотических средств.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СПОСОБА**

Ни абсолютные противопоказания, ни относительные не выявлены.

*Примечание:* не следует проводить диагностику уровня дезадаптации пациентов, находящихся в состоянии тяжелого опьянения, с осложненным синдромом отмены, со значительным снижением интеллектуально-мнестического функционирования либо в состоянии психомоторного возбуждения.

## **УСЛОВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА**

1. Наличие показаний (пациенты, отнесенные к группам риска развития наркоманий, лица с синдромом зависимости вследствие употребления наркотических средств).
2. Наличие квалифицированных специалистов (психиатр-нарколог, клинический психолог).
3. Наличие комплектации (стандартного оборудования кабинета психиатра-нарколога учреждения здравоохранения, *ШОУД*, бланков для регистрации ответов).

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА**

Метод применяется независимо от возраста обследуемого и сроков проведения предыдущих исследований. Психиатру-наркологу, психотерапевту или клиническому психологу предлагается набор диагностических действий для своевременного определения уровня дезадаптации у лиц с явлениями наркотизма и пациентов, страдающих наркоманией. Диагностические действия включают клиническое интервьюирование с помощью разработанной психометрической шкалы, позволяющей провести диагностику уровня дезадаптации и определить удельный вес изучаемых факторов в структурной модели дезадаптации (рис.).

Диагностический поиск проводится:

1. При медицинском освидетельствовании на предмет потребления НС.
2. При обращении в учреждения здравоохранения в связи с проблемами со здоровьем, обусловленными потреблением наркотических средств.
3. При постановке на наркологический (профилактический, диспансерный) учет и в процессе наблюдения после взятия на учет.
4. При поступлении в стационарное отделение учреждения здравоохранения психиатрического профиля для уточнения диагноза и лечения.
5. При решении экспертных вопросов (ВКК, МРЭК, СПЭК).

Шкала определения уровня дезадаптации (*ШОУД*) разработана для оценки как отдельных групп факторов, влияющих на выраженность дезадаптации, так и для диагностики дезадаптации в целом. *ШОУД* позволяет систематически оценить присутствие и выраженность 36 основных факторов, влияющих на дезадаптацию: 12 социальных, 21 клинического и 3 психологических. Она также позволяет интервьюеру диагностировать в целом модель дезадаптивных форм поведения потребителей наркотиков. Каждый из 36 факторов оценивается по 4-балльной шкале (от 0 до 3), где «0» соответствует позиция «без особенностей или положительная характеристика», а «3» — «очень негативная характеристика». Ответы на 36 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 3 основным модулям: социальное поведение, биологические и клинические особенности, психологические (личностные) особенности, а также по 2 обобщенным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести предрасполагающих факторов дезадаптации и общее число утвердительных характеристик-ответов. Индексы второго порядка предложены для возможности более гибкой оценки статуса пациента.

## **ПРОВЕДЕНИЕ МЕТОДИКИ И ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

При проведении методики важно понимать, что установки интервьюера, исследующего пациента, имеют большое значение и влияют на качество ответов пациента. Не следует доверять процедуру тестирования специалисту, который испытывает недоверие к методике.

*ШОУД* — инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент, уровня дезадаптивного поведения пациента. *ШОУД* не является методикой изучения личности, выявляющей личностные типы или расстройства личности. При создании психометрической шкалы использовались наиболее доступные для понимания выражения. Представленные варианты характеристик включали в себя простейшие слова, позволяющие сохранить их смысл. Выбор 4-ранговой дискретной шкалы для ответов на пункты *ШОУД* представляет некоторый компромисс между тем фактом, что надежность пропорциональна числу пунктов между предельными значениями шкалы утверждений-ответов, и пониманием того, что существуют ограничения в восприятии человеком тяжести переживаемых психологических состояний. Подобный прагматический подход определен тем, что минимальное число пунктов для первичных признаков дезадаптации, как показывает опыт, равняется 17 и является стабильным минимумом для достижения факторной инвариантности.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ**

Методика разработана для психометрической оценки выраженности дезадаптивного поведения потребителей инъекционных наркотиков, начиная с лиц из группы «риска» и различных типов пациентов: от полной адаптации до полной дезадаптации. Очевидно, что исключение для применения методики должны составлять явно психотические пациенты, например, в состоянии делирия, а также лица с психической задержкой развития. Другие, менее очевидные причины, также могут снижать валидность тестирования (например, пациенты с амнестическим синдромом, стойким когнитивным дефицитом). Тестирование может проводиться как одно-, так и многократно в различных вариантах. Тест-ретестовая надежность для *ШОУД* достаточно хорошая, данных о каких-либо существенных искажениях при повторном предъявлении методики не наблюдалось.

### **ОСНОВНЫЕ ДЕФИНИЦИИ**

Тридцать шесть основных predisponирующих факторов дезадаптивного поведения потребителей инъекционных наркотиков были выделены в результате комплексного клинического, эмпирического и аналитического исследований. Авторы выбрали факторы, которым в литературе даны четкие и ясные определения, что позволило по возможности избежать сомнений относительно того, что же на самом деле измеряется. К тому же требовалось, чтобы характеристики, которые представлены в каждом из изучаемых факторов, оказывающих влияние на выраженность дезадаптации, можно было измерить в пределах стандартных шкал и, более того, чтобы они отражали истинное положение индивида и были доступны пониманию для исследователя во время заполнения шкалы. Окончательным критерием было подтверждение базовых дефиниций в клинике.

Среди основных социальных факторов, оказывающих влияние на дезадаптацию выделены: профессиональная деятельность; отношение к

работе, учебе; образование; семейное положение; семейные отношения; материальное положение; условия проживания; семейное воспитание; успеваемость в учебном заведении; интересы, потребности, увлечения; социальные контакты, отношения; противоправная активность, социальные санкции; внешний вид, способность к самообслуживанию.

Основные биологические и клинические факторы представлены наследственностью, психофизическим развитием, перенесенными вредностями, заболеваниями в период наркотизации, осложнениями при употреблении наркотических средств, синдромом зависимости, качеством ремиссии, началом злоупотребления НС, продолжительностью их приема, способом введения, характером потребления НС, влечением к потреблению, выраженностью синдрома отмены, его продолжительностью, формой синдрома отмены, постабстинентными расстройствами, длительностью постабстинентного периода, наличием передозировок, суицидальными мыслями, действиями, тенденциями, ведущим мотивом, целью лечения и критикой к состоянию.

К психологическим факторам, влияющим на дезадаптивные формы поведения потребителей инъекционных наркотиков, отнесены когнитивные (интеллектуально-мнестические), аффективные (психоэмоциональные) и личностные (поведенческие) расстройства.

### **ОБЩИЕ ИНДЕКСЫ ФАКТОРОВ ДЕЗАДАПТАЦИИ**

В *ШОУД* предполагается использование двух обобщенных индексов: общий индекс тяжести предрасполагающих факторов дезадаптации (*ИТФ*) и общее число утвердительных характеристик-ответов (*ЧУО*). Функцией каждого из них является приведение к единому масштабу уровня и глубины дезадаптации. Каждый индекс делает это некоторым особым способом и отражает какие-то отдельные аспекты изучаемого явления. *ИТФ* является лучшим индикатором текущего состояния и глубины дезадаптации, и его следует использовать в большинстве случаев, где требуется обобщенный единичный показатель. *ЧУО* представляет подсчет числа утвердительных характеристик — ответов, которые исследователь отмечает в соответствии с состоянием пациента. Информация о количестве выбранных утверждений, рассмотренных в связи с *ИТФ*, может быть полезной в понимании клинической картины и социального статуса пациента.

### **ПОДСЧЕТ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ ШОУД**

Подсчет показателей методики сводится к простым операциям сложения и деления. Вначале суммируются баллы для каждого из 36 предрасполагающих факторов, влияющих на уровень дезадаптации. Это делается путем сложения всех отличных от нуля значений по каждому пункту, относящемуся к данному рассматриваемому фактору. Получаем общую сумму баллов по всему тесту. Если количество набранных баллов составляет до 16, явления дезадаптации отсутствуют; от 17 до 36 —

наблюдается низкий уровень дезадаптации, от 37 до 72 — средний уровень дезадаптации и от 73 до 108 баллов — высокий уровень дезадаптации.

Для того чтобы вычислить два обобщенных индикатора (шкалы второго порядка), необходимо выполнить несколько дополнительных шагов. Вначале получают общую сумму баллов по всему тесту. Деление этого числа на 36 позволяет получить общий индекс тяжести predisponирующих факторов дезадаптации (*ИТФ*). Следующий этап — подсчет числа выбранных утверждений — ответов (отличных от нуля) для того чтобы получить общее количество выбранных исследователем утверждений, характеризующих пациента, т.е. получение значения индекса *ЧУО*. После того как подсчитаны значения для каждого модуля шкалы и общие индексы, в случае необходимости они могут быть соотнесены с показателями контрольной группы (группа нормы — здоровые).

Использование методики при необходимости может предусматривать расчет модульных индексов тяжести predisponирующих факторов дезадаптации. После суммирования баллов по каждому из указанных модулей далее эта сумма делится на соответствующее ему число вопросов. Например, индексирующий показатель по модулю «Социальное поведение» шкалы получается делением на 12, по модулю «Биологические и клинические особенности» — на 21, по модулю «Психологические (личностные) особенности» — на 3.

### **ПОДСЧЕТ В СИТУАЦИИ НЕДОСТАТКА ДАННЫХ**

В этой ситуации главная коррекция состоит в уменьшении числа полученных в результате суммирования баллов. Например, если утверждения 2-х predisponирующих факторов дезадаптации из модуля «Социальное поведение» пропущены, то балл высчитывается из оставшихся 10. Очевидно, что для общего индекса *ИТФ* будет происходить уменьшение знаменателя при делении суммированных значений по шкале на число пунктов, утерянных в этой категории, которое в приведенном примере будет означать уменьшение с 36 до 34. На значении индекса *ЧУО* пропущенные вопросы прямо отражаться не будут.

### **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

Результаты по шкале *ШОУД* могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность (уровня) дезадаптации, выраженность отдельных модулей шкалы, а также отдельных predisponирующих факторов, оказывающих влияние на уровень дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков. Суммарное количество полученных баллов при выполнении методики и общий индекс *ИТФ* являются наиболее информативными показателями, отражающими уровень дезадаптации индивида. Индекс *ЧУО* отражает широту диапазона утвердительных характеристик интервьюируемого.

Информация, полученная из этих двух источников, должна быть тщательно интегрирована для того, чтобы получить наиболее значимую картину выраженности дезадаптации.

### **ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СПОСОБА**

При клиническом интервьюировании с использованием шкалы определения уровня дезадаптации у пациентов с синдромом зависимости вследствие употребления наркотических средств с выраженным нарушением поведения (психопатоподобное поведение), аффективными или выраженными психоорганическими расстройствами возможен отказ от обследования (либо обследование из-за психофизического состояния пациента не представляется возможным). Получение недостоверного результата диагностического исследования может быть обусловлено также отсутствием комплайенса между врачом (психологом) и обследуемым при недостаточной подготовке пациента либо при отсутствии у врача (психолога) соответствующей квалификации.

При соответствующей профессиональной подготовке интервьюера и мотивирующем консультировании пациентов с синдромом зависимости вследствие употребления НС на предмет значимости клинического интервьюирования с помощью *ШОУД* ошибки могут быть исключены.

ШКАЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ

ФИО _____		ИТФ		Общий балл		
		ОТС 0–16	Н 17–36	С 37–72	В 73–108	Оценка
Дата проведения исследования: « » 20 г.						
МКБ 10 F:						
<b>1.</b>	<b>СОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ</b>	0	12	24	36	
1.1.	<i>Профессиональная деятельность</i>					
а)	постоянная работа, ориентирован на социальный рост					0
б)	временная, сезонная работа: понимание необходимости работы, затруднения в поиске работы					1
в)	частичная утрата профессиональных навыков: конфликты на работе, прогулы, частая смена места работы, систематические нарушения трудовой дисциплины					2
г)	полная утрата профессиональных навыков: не работает, не учится, не способен сохранить рабочее место, найти работу, ее выполнять, уклонение от труда					3
1.2.	<i>Отношение к работе, учебе</i>					
а)	положительное: желание работать, учиться, получить образование, профессию, сделать карьеру					0
б)	эпизодически (периодически) возникает желание работать или учиться					1
в)	пассивное, безразличное					2
г)	негативное, нет желания найти работу или учиться					3
1.3.	<i>Образование</i>					
а)	среднее специальное, высшее					0
б)	среднее специальное, незаконченное высшее					1
в)	среднее, незаконченное среднее специальное (техническое)					2
г)	низкий образовательный уровень, незаконченное среднее					3
1.4.	<i>Семейное положение</i>					
а)	полная, благополучная семья, потребность в семейном образе жизни, установка на сохранность семьи					0
б)	полная неблагополучная семья, отсутствие потребности в семейном образе жизни					1
в)	неполная семья, отсутствие одного или обоих родителей в семье					2
г)	отсутствие собственной семьи, семейных отношений в браке, нет установки на создание семьи					3
1.5.	<i>Семейные отношения</i>					
а)	нормальные, гармоничные семейные отношения: взаимопонимание, забота о родителях и других членах семьи					0
б)	эпизодически возникающие вербальные конфликты в семейных отношениях, отношениях с родителями					1
в)	частые конфликты, формальные противоречивые отношения членов семьи, нет эмоциональной привязанности, бытовое пьянство					2
г)	конфликтные отношения, неприязнь, насилие, приводящие к потере семьи, алкоголизм, отсутствие заботы о близких, потребности в семейном образе жизни					3

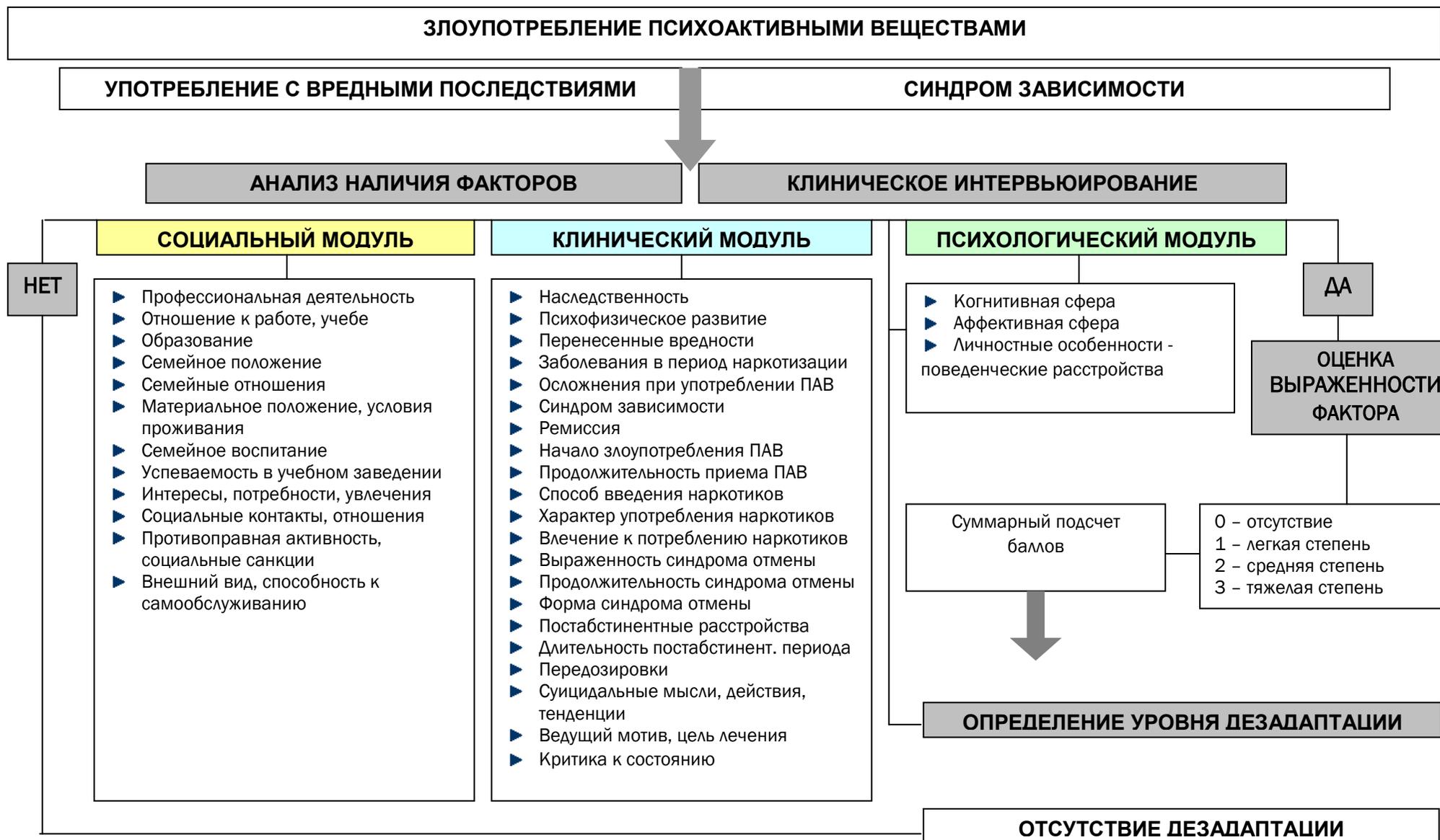
1.6.	<i>Материальное положение, условия проживания</i>	
а)	благоприятные материально-бытовые условия, достаточный уровень доходов в семье, социальной поддержки	0
б)	удовлетворительное, хорошие достаточные условия проживания	1
в)	низкий уровень доходов в семье, социальной поддержки, плохие условия проживания	2
г)	неблагоприятные материально-бытовые условия, отсутствие достаточных средств к существованию	3
1.7.	<i>Семейное воспитание</i>	
а)	гармоничное воспитание в условиях взаимоуважения и заботы членов семьи	0
б)	дисгармоничное: гипер-, гипопротекция, «кумир семьи», противоречия родителей, повышенная моральная ответственность	1
в)	ослабление контроля со стороны родителей, конфликтные жесткие отношения между членами семьи	2
г)	отсутствие контроля, безразличие, равнодушие, безнадзорность	3
1.8.	<i>Успеваемость в учебном заведении</i>	
а)	хорошая, отличная	0
б)	удовлетворительная с примерным поведением	1
в)	посредственная, с прогулами, не подготовкой к занятиям, дублированием классов	2
г)	низкая, негативная установка к приобретению знаний, не усваивает программу, на грани отчисления, отказ от продолжения учебы	3
1.9.	<i>Интересы, потребности, увлечения, ценностные ориентации</i>	
а)	разнообразные, устойчивые, способен структурировать свое свободное время	0
б)	неустойчивые интересы, затруднения в структурировании свободного времени	1
в)	поверхностные, однообразные, выраженные трудности в структурировании свободного времени	2
г)	отсутствие интересов, увлечений либо крайне неустойчивые, ограниченные, сосредоточенные на поиске наркотика, пьянстве	3
1.10.	<i>Социальные контакты, отношения</i>	
а)	сохранены, устойчивые, определяются эмоциональной привязанностью к окружающим	0
б)	сужение социальных контактов, ограничиваются общением с людьми, которые имеют сходные проблемы	1
в)	сужение социальных контактов до потребительского необходимого уровня, конфликты с окружающими	2
г)	отсутствие социальных связей, неспособность поддерживать адекватный контакт с окружающими	3
1.11.	<i>Противоправная активность, социальные санкции, поведение</i>	
а)	правопослушное поведение	0
б)	поддающееся коррекции, неврозоподобное поведение, эпизодически возникают противоправные действия, без вовлеченности в криминальные структуры	1
в)	трудно корригируемое, психопатоподобное, эпизодически агрессивное, пренебрежение социальных норм, случаи вовлеченности в криминал. структуры, однократная судимость	2
г)	антисоциальное поведение, агрессивное поведение против личности (угрозы, насилие), имущества, аутоагрессия, повторная неоднократная судимость в связи с наркооборотом	3

1.12.	<i>Внешний вид, способность к самообслуживанию</i>				
а)	внешне выглядит чистым, опрятным, способность к самообслуживанию сохранена				0
б)	кратковременные затруднения в самообслуживании, которые видны ближайшему окружению				1
в)	способен к самообслуживанию, делает это на минимальном уровне, периодически возникающие трудности в самообслуживании				2
г)	не соблюдает правил гигиены, ведет негигиенический образ жизни				3
<b>2.</b>	<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ</b>	0	21	42	63
2.1.	<i>Наследственная отягощенность психическими расстройствами</i>				
а)	не отягощена				0
б)	низкий удельный вес				1
в)	средний удельный вес				2
г)	высокий удельный вес				3
2.2.	<i>Психофизическое развитие</i>				
а)	без особенностей, гармоничное				0
б)	невротические эпизоды в виде энуреза, энкопреза, логоневроза; тики, ночные страхи, сногворение, скрежетание зубами				1
в)	задержка психического развития, судороги в раннем детстве на фоне инфекций, невротические эпизоды				2
г)	девиации поведения в виде импульсивности, гиперактивности, неусидчивости, конфликтности со сверстниками; действительную военную службу в армии не проходил				3
2.3.	<i>Перенесенные вредности</i>				
а)	отсутствуют				0
б)	органическое поражение ЦНС неясной этиологии, неполноценность с вегетативной стигматизацией без органических симптомов				1
в)	единичные ИППП (половые инфекции), ЧМТ, гепатопатии (ВГВ, ВГС), пневмонии, судорожные припадки				2
г)	частые, многократные ИППП, ЧМТ, туберкулез, пневмонии, гепатопатии (ВГВ, ВГС), ВИЧ-ассоциированные заболевания				3
2.4.	<i>Заболевания в период наркотизации</i>				
а)	отсутствуют				0
б)	единичные заболевания, кожные абсцессы, гнойники, ИППП, поведенческие и психоэмоциональные расстройства				1
в)	соматические заболевания (гепатит), сосудистые заболевания (тромбофлебит, тромбоз), психические расстройства (депрессия, тревожные)				2
г)	ВИЧ-ассоциированные заболевания, хронические соматические заболевания (туберкулез), злоупотребление ПАВ (алкоголем, транквилизаторами, снотворными), психические расстройства				3
2.5.	<i>Осложнения при употреблении наркотиков</i>				
а)	отсутствуют				0
б)	единичные, легкие				1
в)	повторные, эпизодически возникающие, легкие и умеренные				2
г)	многократные, частые, выраженные, коматозные состояния на фоне передозировки, интоксикационные психозы				3
2.6.	<i>Синдром зависимости</i>				
а)	отсутствует				0
б)	начальная (I) стадия				1
в)	средняя (II) стадия				2
г)	конечная (III) стадия, может быть II–III стадия				3

2.7.	<i>Ремиссия</i>	
а)	спонтанная, полная, стойкая длительная терапевтическая	0
б)	спонтанная, полная, нестойкая средне-короткая терапевтическая	1
в)	частичная, краткосрочная терапевтическая	2
г)	отсутствие спонтанных ремиссий, активная зависимость	3
2.8.	<i>Начало злоупотребления наркотиками</i>	
а)	старше 18 лет	0
б)	17–18 лет	1
в)	15–16 лет	2
г)	раннее, 12–14 лет	3
2.9.	<i>Продолжительность приема наркотиков</i>	
а)	отсутствует в настоящее время; эпизодический прием в течение 6–12 месяцев	0
б)	постоянно, в течение 1–3 месяцев	1
в)	систематически, в течение 1–3 лет	2
г)	систематически, более 3-х лет	3
2.10.	<i>Способ введения наркотиков</i>	
а)	отсутствует; если принимает, то преимущественно внутрь, интраназально, ингаляционно	0
б)	внутри, ингаляционный, эпизодически инъекционный	1
в)	преимущественно инъекционный	2
г)	только инъекционный	3
2.11.	<i>Характер употребления наркотиков</i>	
а)	отсутствует либо эпизодически употребляет преимущественно одно наркосредство	0
б)	первичная полинаркомания (нескольких ПАВ) с наличием предпочитаемого наркотика	1
в)	заместительная полинаркомания (прием нескольких ПАВ) при невозможности достать «основной» наркотик	2
г)	полинаркомания в сочетании с другими психоактивными веществами (алкоголем, транквилизаторами, снотворными, другими лекарственными средствами)	3
2.12.	<i>Влечение к потреблению наркотиков</i>	
а)	отсутствует	0
б)	ситуационное, при попадании в привычную обстановку либо обусловлено наличием «двойной стигматизации» (ВИЧ, наркозависимость)	1
в)	навязчивое, обсессивное, обостряющееся в конфликтных ситуациях	2
г)	компульсивное с выраженным поведенческим компонентом (поиск наркотика, возбудимость, раздражительность)	3
2.13.	<i>Выраженность синдрома отмены</i>	
а)	отсутствует	0
б)	незначительная, слабая с легким, нестойким, малоинтенсивным характером	1
в)	умеренная, со стойким, средне-интенсивным течением	2
г)	выраженная, с интенсивным, стойким тяжело протекающим течением	3
2.14.	<i>Продолжительность синдрома отмены</i>	
а)	отсутствует	0
б)	до 3 дней	1
в)	до 7–10 дней	2
г)	свыше 10 дней	3

2.15.	<i>Форма синдрома отмены</i>				
а)	отсутствует				0
б)	сомато-, нейро-, вегетативные расстройства, тремор, потливость, тошнота, сердечно-сосудистые расстройства				1
в)	психические расстройства (тревога, страх, депрессия, возбуждение), декомпенсация патохарактерологических черт				2
г)	смешанная симптоматика с судорожным компонентом, болевым синдромом, астенией, нарушением сна				3
2.16.	<i>Выраженность постабстинентных расстройств</i>				
а)	отсутствует				0
б)	легкая, с преимущественно астенической симптоматикой				1
в)	умеренная, средне-интенсивная с аспонтанностью				2
г)	выраженная, с наличием патохарактерологических расстройств				3
2.17.	<i>Продолжительность постабстинентных расстройств</i>				
а)	отсутствует				0
б)	до 7–10 дней				1
в)	до 1 месяца				2
г)	более 1 месяца				3
2.18.	<i>Передозировки на фоне интоксикации</i>				
а)	отсутствуют				0
б)	единичные				1
в)	повторные, эпизодические				2
г)	частые, многократные				3
2.19.	<i>Суицидальные мысли, действия, тенденции</i>				
а)	отсутствуют				0
б)	единичные				1
в)	повторные, эпизодические				2
г)	частые, многократные				3
2.20.	<i>Ведущий мотив, цель лечения</i>				
а)	воздержание от приема ПАВ, опасения развития зависимости, тяжелых осложнений				0
б)	обследование для решения диагностических либо экспертных вопросов				1
в)	для улучшения своего соматовегетативного и психического состояния				2
г)	госпитализация с целью «сбить дозу» с намерением далее употреблять наркотик				3
2.21.	<i>Критика к состоянию</i>				
а)	сохранена				0
б)	формальная, поверхностная со стремлением к отказу от наркотизации с сохранностью критико-прогностических способностей				1
в)	снижена, частичная, понимает последствия, стремится продолжить прием наркотиков, при этом потребление наркотиков сопровождается «философским» обоснованием				2
г)	отсутствует, полная анозогнозия, не считает себя зависимым, не понимает опасности заболевания, его осложнений и последствий				3
<b>3.</b>	<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ</b> (личностные, поведенческие)				<b>0</b> <b>3</b> <b>6</b> <b>9</b>
3.1.	<i>Когнитивные (интеллектуально-мнестические) расстройства</i>				
а)	Отсутствуют				0

б)	легкие, незначительные (ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, повышенная умственная истощаемость)	1
в)	средние, явные (расстройство памяти, внимания, умственной работоспособности, замедление мышления, снижение абстрагирования, поверхностность суждений)	2
г)	выраженные, стойкие (расстройство памяти, внимания, умственная утомляемость, бестолковость, торпидность мышления, психоорганический синдром)	3
3.2.	<i>Аффективные (психоэмоциональные) расстройства</i>	
а)	отсутствуют	0
б)	легкие, незначительные (эмоциональная неустойчивость, тревожность, повышенная раздражительность, сниженное настроение)	1
в)	средней выраженности, явные (несдержанность, эмоциональная холодность к близким, родственникам, злобность, жестокость, депрессия)	2
г)	выраженные, стойкие тревожно-депрессивные переживания, дисфория с ауто- и гетероагрессивными проявлениями	3
3.3.	<i>Личностные особенности (поведенческие расстройства)</i>	
а)	отсутствие морально-этических нарушений, адекватная самооценка	0
б)	незначительные морально-этические нарушения (снижение ответственности, долга, стыда, лживость, черствость, эгоцентризм), самооценка завышена	1
в)	средней выраженности, явные морально-этические нарушения (лицемерие, грубость, бесстыдство, неопрятность, воровство, хулиганство, замкнутость, мотивационная неустойчивость, сексуальная распущенность, сокрытие приема наркотиков, страх подвергнуться критике, осуждению); завышенная, неадекватная реальности самооценка	2
г)	выраженные стойкие морально-этические нарушения (тунеядство, криминогенность, безответственность, грубость, неопрятность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, цинизм, враждебность, агрессивность), самооценка занижена	3



**Рис. Алгоритм диагностики уровня дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков**