

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ



Заместитель Министра

Д.В. Чередниченко

08. 12. 2021 г.

Регистрационный номер № 127-1121

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ И СОЧЕТАННОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ ОПИОИДОВ

(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: государственные учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», учреждение здравоохранения «Минский областной клинический центр «Психиатрия-Наркология», учреждение здравоохранения «Городской клинический наркологический диспансер», учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

АВТОРЫ: к.м.н. Пикиреня В.И., Абрамович А.В., Шилова М.А., к.м.н., доцент Короткевич Т.В., к.м.н., доцент Александров А.А., к.м.н., доцент Ходжаев А.В., д.м.н. профессор Копытов А.В., д.м.н., профессор Доценко М.Л., Журкин Д.М.

Минск, 2021

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод лечения синдрома зависимости от опиоидов и сочетанной зависимости (далее – полинаркомания) с применением поддерживающей терапии агонистами опиоидов (далее – ПТ), который может быть использован в оказании комплекса медицинских услуг для лечения пациентов, страдающих синдромом зависимости от опиоидов, в т.ч. страдающих сопутствующими заболеваниями.

Данная инструкция предназначена для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, иных врачей-специалистов, оказывающих медицинскую и иную помощь пациентам в амбулаторных и (или) стационарных условиях, и (или) в условиях отделения дневного пребывания.

Показания к применению:

- синдром зависимости от опиоидов (F11.2);
- синдром зависимости от опиоидов (F11.2) в сочетании с сопутствующими хроническими инфекционными заболеваниями (ВИЧ-инфекция, гепатит В, гепатит С, туберкулез);
- синдром зависимости от опиоидов (F11.2) в сочетании с сопутствующими психическими и поведенческими расстройствами (шизофрения, БАР, депрессия и др.), соматическими хроническими заболеваниями, требующими лечения и постоянного медицинского наблюдения (эпилепсия, сахарный диабет);
- синдром сочетанной зависимости (F19.2), включая зависимость от опиоидов и других психоактивных веществ (ПАВ).

Противопоказания

Противопоказания, соответствующие таковым для медицинского применения лекарственных препаратов ПТ (ЛП ПТ), необходимых для оказания медицинской помощи, указанные в приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1387 от 31.12.2010 г.: употребление опиоидов без проявлений синдрома зависимости, употребление опиоидов неинъекционным путем (курение, вдыхание), тяжелая печеночная, почечная и дыхательная недостаточность, гиперкапния, гипотония, бронхиальная астма, острый период ЧМТ, возраст пациентов до 18 лет (ПТ может быть назначена раньше указанного возраста по решению врачебно-консультационной комиссии (далее – ВКК)).

Перечень медицинских изделий и лекарственных препаратов, необходимых для реализации метода

Дозатор для жидких форм лекарственных препаратов (ЛП).

Раствор метадона гидрохлорида для приема внутрь 5 мг/мл во флаконах с дозатором 1000 мл в упаковке.

Таблетки бупренорфина гидрохлорида для рассасывания (сублингвальный прием) по 2 и 8 мг.

Технология выполнения метода

Этап 1. Ознакомление пациента с порядком проведения ПТ.

Пациента следует ознакомить с целью проведения ПТ, режимом работы кабинета ПТ, информацией о преимуществах и недостатках лечения, возможными побочными эффектами, мониторингом состояния, ожидаемыми изменениями и длительностью лечения, правилами нахождения в программе.

Необходимо предупредить о возможных неблагоприятных последствиях употребления других ПАВ во время прохождения ПТ и о том, что в состоянии опьянения ПТ в этот день не проводится.

Пациента следует информировать о правилах получения ПТ в случае смены места жительства или на время длительных перемещений как внутри страны, так и за ее пределы.

Отбор пациентов для проведения ПТ производится ВКК, которая создается приказом главного врача учреждения здравоохранения или иным путем, утвержденным в учреждении здравоохранения.

При проведении ПТ пациенты обязаны проходить проверку (тестирование) на употребление других наркотических средств и психотропных веществ с целью объективизации оценки эффективности проводимого лечения по назначению врача-психиатра-нарколога не реже 2 раз в месяц и коррекции лечения на основании полученных данных.

2 этап. Подбор дозы ЛП ПТ.

Начать ПТ следует в течение дня, когда обратился пациент, либо на следующий день (в случаях, когда пациент находится в состоянии интоксикации или когда для верификации состояния пациента необходим результат ХТА).

Время до приема ЛП ПТ (если пациент ожидает снижения действия «уличных» опиоидов) и время ожидания реакции на начальную дозу ЛП ПТ, нужно использовать для:

- сбора углубленного анамнеза: биографического, наркологического, психиатрического, соматического, неврологического;
- уточнения психического статуса;
- консультаций других врачей-специалистов, с уточнениями сопутствующих диагнозов;

- более подробного информирования пациента о лечении.

Возможные причины переноса начала подбора ЛП ПТ на следующий день:

- выраженная интоксикация длительно действующими опиоидами и другими ПАВ (например, «уличным» метадон, димедролом, альфа-ПВП);

- нежелание или невозможность пациента дождаться ослабления интоксикации в день обращения;

- желание пациента начать подбор дозы ЛП ПТ в другой день.

При переносе начала подбора дозы ЛП ПТ на следующий день, причины переноса должны быть подробно описаны в медицинской документации.

Подбор режима дозирования в подавляющем большинстве случаев проводится врачом-психиатром-наркологом кабинета ПТ по месту постоянного приема ЛП ПТ, а все случаи госпитализации должны быть обоснованы тяжестью состояния пациента и невозможностью оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с подробным указанием причин госпитализации, предусмотренных клиническим протоколом оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах, в медицинских документах.

Подбор дозы метадона.

Начальная доза метадона, в зависимости от толерантности пациента к опиоидам, должна составлять 10–30 мг, а оптимальная обычно находится в пределах 60–120 мг, но может индивидуально отличаться, в зависимости от особенностей метаболизма и толерантности пациента к опиоидам.

После того, как пациент принял первую дозу метадона, врач-специалист должен проследить реакцию пациента в течение 30 минут, а

потом повторно, через 3–4 часа после приема метадона, что соответствует времени пика его концентрации в плазме крови, для определения признаков интоксикации или абстиненции (состояния отмены). Если есть необходимость в увеличении дозы метадона (выраженное состояние отмены), то оно не должно превышать 5–10 мг за один прием.

Повышение дозы метадона по решению врача-психиатра-нарколога на протяжении первого дня допустимо через 3–4 часа при наличии состояния отмены. К начальной дозе добавляется 5-10 мг метадона. Медицинская сестра продолжает наблюдение за состоянием пациента. Если еще через 3–4 часа остаются объективные и субъективные признаки состояния отмены, то по решению врача-психиатра-нарколога можно добавить 5 мг метадона. Суммарная доза метадона в первый день не должна превышать 40 мг. Концентрация метадона в крови будет повышаться и его субъективный эффект будет усиливаться на протяжении первых 3-4 дней даже при постоянной суточной дозе, поэтому повышать дозу в последующие 2 дня не следует.

Повышение дозы метадона производится каждые 3 дня до достижения суточной дозы в 60 мг. После этого повышение дозы должно проводиться 1 раз в 5–7 суток. При необходимости ускорения подбора дозы метадона нужно наблюдать пациента в течение 4 часов после ее приема и, при отсутствии симптомов интоксикации, возможно добавление 5 мг метадона (однако, не быстрее чем на 5 мг в 3 дня). Дозу метадона не следует повышать в выходные (праздничные) дни или в день перед ними.

Если пациент пропустил прием метадона в течение небольшого промежутка времени (до 3 дней) на этапе подбора дозы метадона, то титрование следует продолжить с той дозы, которую он принимал 3 последних дня перед пропуском. Следующий подъем дозы может быть произведен не ранее чем через 3 дня.

Если пациент пропустил более 3–4 дней приема метадона, то подбор дозы продолжается в зависимости от последней выданной дозы:

- при дозе 30 мг и менее – необходимо продолжить с той же дозы;
- более 30 мг – метадон выдается в количестве 50%, но не менее 30 мг.

При высокой толерантности и продолжающемся синдроме отмены доза метадона может быстро (в течение 2–3 дней) возвращена к той, на которой был прерван подбор.

Как правило, оптимальная доза метадона составляет 60–120 мг в сутки, но может быть как больше, так и меньше этого диапазона.

Подбор дозы бупренорфина.

Подбор дозы бупренорфина проводится при наличии выраженных признаков состояния отмены и, как правило, занимает 3–4 часа. Как правило, она составляет 0,8–4 мг в виде однократной дозы в зависимости от субъективных ощущений пациента (рекомендуемая начальная доза – 2 мг). При хорошей переносимости бупренорфина дозу (2 мг) можно повторить в тот же день по прошествии не менее 4 часов после первого приема. Максимальная доза бупренорфина в первый день составляет 8 мг. При успешном купировании состояния отмены оставляют подобранную дозу. В остальных случаях продолжают подбор дозы в течение последующих 1–3 дней.

В зависимости от выраженности клинического эффекта у пациента доза бупренорфина на второй день может быть увеличена до 4–8 мг в сутки (однократный прием). Дальнейшая коррекция проводится в течение последующих 1–2 дней в зависимости от переносимости бупренорфина и отсутствия/наличия состояния отмены, но может и удлиняться до 3–5 дней из-за длительного периода полувыведения. Как правило, средняя суточная поддерживающая доза бупренорфина составляет 8–12 мг в сутки, однако

при необходимости она может быть увеличена до 16–24 мг в сутки. При отсутствии стабилизации состояния пациента при дозе бупренорфина 16 мг/сутки, стоит учесть наличие сопутствующих заболеваний и психических расстройств, возможное неправильное применение бупренорфина.

Максимальная разовая доза бупренорфина составляет 24 мг. В случаях, когда для купирования состояния отмены недостаточно 24 мг бупренорфина или при наличии систематических пропусков его приема ввиду употребления «уличных» опиатов, пациенту следует предложить переход на ПТ метадоном.

Ввиду длительного периода полувыведения бупренорфина, пропуск его приема в течение 1–2 дней, как правило, не вызывает состояния отмены. Пропущенная доза бупренорфина не выдается.

При пропуске приема бупренорфина в течение небольшого промежутка времени (до 3 дней) и при отсутствии противопоказаний выдается его стандартная суточная доза. При наличии признаков опиоидной интоксикации или наличии сведений об употреблении пациентом опиоидов менее 12 часов назад, следует рекомендовать повторный осмотр через 3–4 часа.

Если пациент пропустил прием бупренорфина в течение 3–4 дней и более, то подбор дозы бупренорфина продолжается в зависимости от последней выданной дозы:

- при дозе менее 8 мг – необходимо выдать стандартную дневную дозу;
- при дозе 8–24 мг и слабо/средне выраженном синдроме отмены – выдать от $\frac{1}{3}$ до 50% суточной дозы;
- при дозе 8–24 мг и резко выраженном синдроме отмены – выдать стандартную суточную дозу бупренорфина;

– более 24 мг – бупренорфин выдается в количестве от 50% до $\frac{2}{3}$ от суточной дозы.

Перевод пациента, получающего ПТ, с метадона на бупренорфин.

Перевод пациента с ПТ метадоном на ПТ бупренорфином может проводиться как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

Предварительно врач должен оценить:

- соматическое состояние пациента;
- наличие инфекционных заболеваний и принимаемую пациентом терапию с выпиской из соответствующего учреждения здравоохранения (прием ЛП антиретровирусной терапии (далее – АРТ), противотуберкулезных ЛП).

Пациент должен быть проинформирован о возможном риске сочетания депрессантов центрального действия (алкоголь, опиаты, бензодиазепины, снотворные ЛП) с бупренорфином.

При подборе дозы бупренорфина врачу следует учитывать толерантность к опиоидам, стаж наркопотребления.

Перевод пациентов с ПТ метадоном на ПТ бупренорфином может быть проведен, если пациент получает дозу метадона, не превышающую 60 мг. В случае планирования перевода пациента на прием ПТ бупренорфином (особенно с налоксоном), необходимо предусмотреть перерыв длительностью 1–3 дня. В течение последней недели перед переводом пациента на прием ПТ бупренорфином, индивидуальная доза метадона должна составлять не более 30 мг в сутки.

Доза бупренорфина всегда индивидуальна для конкретного пациента. Отсутствие признаков синдрома отмены, а также субъективные ощущения пациента говорят об оптимально подобранной дозе.

При подборе дозы бупренорфина следует учитывать возможное развитие побочных реакций, таких как бессонница, головная боль,

тошнота, боль в теле, тревога, снижение аппетита, головокружение, тремор. Также возможно развитие симптомов гиперчувствительности (сыпь, крапивница, зуд). Признаки передозировки бупренорфина включают сонливость, миоз, гипотензию, тошноту, рвоту, нарушение походки и смазанность речи.

При срыве пациента (прием других психоактивных веществ – психостимуляторов, синтетических опиоидов, др.), необходимо проводить мониторинг пациента в индивидуальном порядке, рекомендуется госпитализация в психиатрическое (наркологическое) отделение. При наличии симптомов передозировки бупренорфином, а также в случаях сопутствующего употребления других ПАВ, необходим мониторинг симптомов угнетения дыхания, деятельности ЦНС, состояния сердечно-сосудистой системы. Пациенту проводится симптоматическая терапия по устранению дыхательной недостаточности, при необходимости – искусственная вентиляция легких. Также рекомендовано назначение антагониста опиоидных рецепторов – налоксона до устранения признаков интоксикации бупренорфином.

Факторы, увеличивающие вероятность развития токсических эффектов при приеме ЛП ПТ.

В процессе титрования дозы ЛП ПТ, следует учитывать факторы, увеличивающие вероятность развития токсических эффектов (использование (употребление) пациентом антидепрессантов, других ЛП (барбитураты, др.), прием алкоголя, низкая начальная толерантность, использование ингибиторов метаболизма ЛП ПТ, респираторные заболевания, возраст старше 60 лет).

Информация о назначении ЛП ПТ ВИЧ-инфицированным пациентам, находящихся на ПТ, должна предоставляться врачам-инфекционистам территориальных консультативно-диспансерных

отделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией (далее – КДО ВИЧ) в течение 5 календарных дней для коррекции назначений АРТ (ВИЧ, гепатит С и др.).

Критерии установления оптимальной дозы ЛП ПТ:

- устранение симптомов состояния отмены на 24 часа и более;
- блокировка эйфорических эффектов от других опиоидов;
- отсутствие тяги к опиоидам;
- отсутствие избыточной седации.

При назначении ЛП, в т. ч. ЛП АРТ, снижающих или повышающих концентрацию ЛП ПТ в крови или влияющих на их метаболизм, медицинским работникам КДО ВИЧ, противотуберкулезных организаций здравоохранения следует в течение 5 календарных дней направлять информацию медицинским работникам кабинетов ПТ для коррекции назначений ЛП ПТ. Корректировку применяемой дозы ЛП ПТ рекомендуется производить с применением лабораторного мониторинга их концентрации в сыворотке крови пациентов.

При приеме пациентом терапии сопутствующей патологии (АРТ, противотуберкулезные ЛП) следует учитывать возможные взаимодействия с ЛП ПТ. Ряд ЛП, принимаемых пациентами, способны ускорить/замедлить метаболизм ЛП ПТ (Приложения 1, 2).

В случае приема пациентом ЛП, ускоряющих метаболизм ЛП ПТ, следует осуществить коррекцию принимаемой пациентом дозы ЛП ПТ в сторону увеличения индивидуальной дозы для предупреждения развития симптомов абстиненции.

В случае приема пациентом ЛП, замедляющих метаболизм ЛП ПТ, следует осуществить коррекцию принимаемой пациентом дозы ЛП ПТ в сторону уменьшения индивидуальной дозы для предупреждения развития побочных эффектов и передозировки ЛП ПТ.

3 этап. Оценка демографических и клинико-психологических особенностей пациента.

Для оценки клинико-психологических особенностей пациента, объективизации и оценки его физического и психологического компонентов здоровья при назначении ПТ и в динамике, медицинскими работниками кабинетов ПТ совместно с заинтересованными специалистами используются опросники и тесты (Приложения 3-6).

Для более подробного получения анамнестических сведений используется «Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001.

Оценку рекомендуется проводить до принятия пациентом ЛП ПТ, чтобы его действие не затрудняло возможности для оценки психологического статуса. Кратность проведения: первый раз – при поступлении в программу ПТ, далее – не реже 2 раз в год, дополнительно – по желанию пациента (Приложения 3-6).

На основании полученных результатов клинической и психологической диагностики, определяют характеристики, повышающие риск прекращения ПТ:

- суицидальные мысли в последний месяц;
- отсутствие компании, не употребляющей ПАВ;
- показатель уровня реабилитационного потенциала (далее – УРП) менее 55 баллов;
- показатель «фобическая тревожность» более 1 балла по данным SCL-90-R;
- показатель «психотизм» более 0,7 балла по данным SCL-90-R;
- показатель «индекс проявления симптоматики» более 50 баллов по данным SCL-90-R;
- показатель «алекситимичность» более 73 баллов по данным TAS.

4 этап. Составление плана снижения рисков прекращения лечения.

Составление плана помощи и снижения рисков прекращения лечения пациента – это разработка плана действий по предоставлению пациенту услуг и доступа к необходимым ресурсам, определение взаимных обязательств, которые берут на себя пациент и специалисты, предоставляющие ему услуги. План должен отвечать всем потребностям пациента, выявленным в процессе оценки рисков прекращения лечения, способствовать социальной адаптации пациента.

План снижения рисков прекращения лечения составляется для лиц, которые решили прекратить лечение. Причины прекращения лечения могут быть следующими: добровольное прекращение лечения (по желанию пациента) или в результате систематического нарушения правил участия в программе ПТ.

План должен быть составлен психологом совместно с врачом-психиатром-наркологом, базироваться на информации, собранной во время оценки результатов проведенных тестов (Приложения 3-6) и содержать:

- перечень задач, сформулированных на основании выявленных потребностей пациента, и размещенных в порядке убывания их приоритетности (в т. ч. терапия сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекция, гепатит В, гепатит С, туберкулез));
- определение шагов, необходимых для выполнения каждой задачи, с указанием сроков их выполнения;
- информацию о разделении ответственности между участниками;
- описание усилий, направленных на координацию процесса предоставления услуг;
- описание ожидаемых результатов;

– оценку выполнения каждого шага с кратким анализом.

План снижения рисков прекращения лечения позволяет не только оценить степень реабилитационного потенциала и оценить возможные риски срыва в лечении пациента, но и позволяет осуществить коррекцию существующей терапии, увеличить приверженность и мотивированность пациента к приему ПТ посредством последовательной комплексной работы с заинтересованными специалистами.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Осложнения при использовании данного метода могут быть следующими:

- аллергическая реакция на ЛП ПТ;
- обострение тяги к другим веществам и повышение рисков от их употребления;
- риск передозировки при приеме ЛП ПТ без соответствующей коррекции применяемой дозы на фоне ЛП, влияющих на их метаболизм (Приложение 1, 2).

В случае возникновения осложнений, которые невозможно купировать, проведение ПТ следует прекратить.

Проведение представленного метода требует подбора удобного времени и условий диагностики, создания высокого уровня комплаентности в отношении интервьюера. Особое внимание следует уделить сбору анамнестических сведений.

Врачам-психиатрам-наркологам следует строго соблюдать правила и рекомендации авторов предлагаемых опросников и тестов, соблюдать методики расчета показателей.

Взаимодействие бупренорфина с АРТ/противотуберкулезными лекарственными препаратами

| Противовирусный лекарственный препарат | Снижают концентрацию бупренорфина | Повышают концентрацию бупренорфина | Не влияют на метаболизм бупренорфина |
|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| Абакавир | | | + |
| Амантадин | | | + |
| Амикацин | | | + |
| Амоксиклав | | | + |
| Атазанавир | | + | |
| Бедаквилин | | | + |
| Биктегравир | | | + |
| Дарунавир/ритонавир | | + | |
| Деламанид | Воздействие на метаболизм бупренорфина не изучено* | | |
| Диданозин | | | + |
| Долутегравир | | | + |
| Изониазид | | | + |
| Импипенем | | | + |
| Индинавир | | + | |
| Канамицин | | | + |
| Клофазимин | | | + |
| Кобицистат | | + | |
| Ламивудин | | | + |
| Лопинавир/ритонавир | | + | |
| Невирапин | + | | |
| Офлоксацин | | | + |
| Пиразинамид | | | + |
| Ритонавир | | + | |
| Рифабутин | + | | |
| Рифампицин | + | | |
| Рифапентин | + | | |
| Саквинавир | | + | |
| Софосбувир | | | + |
| Софосбувир/велпатасвир | + | | |

| | | | |
|------------------------|---|--|---|
| Софосбувир/ледипасвир | | | + |
| Стрептомицин | | | + |
| Тенофовир | | | + |
| Тенофовир+эмтрицитабин | | | + |
| Циклосерин | | | + |
| Ципрофлоксацин | | | + |
| Этамбутол | | | + |
| Этионамид | | | + |
| Этравирин | + | | |
| Эфавиренз | + | | |

*По данным Medline Drug Interaction Checker и EACS Guidelines – European AIDS Clinical Society. Version 10.0. October 2020, HIV Drug Interactions / University of Liverpool.

Взаимодействие метадона с АРТ/противотуберкулезными лекарственными препаратами

| Противовирусный лекарственный препарат | Снижают концентрацию метадона | Повышают концентрацию метадона | Не влияют на метаболизм метадона |
|--|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Абакавир | + | | |
| Амантадин | | | + |
| Амикацин | | | + |
| Амоксиклав | | | + |
| Атазанавир | | + | |
| Бедаквилин | Не влияет на метаболизм метадона. Применять с осторожностью (увеличивают интервал QT)* | | |
| Биктегравир | | | + |
| Дарунавир/ритонавир | Применять с осторожностью с учетом противоречивых данных* | | |
| Деламанид | Воздействие на метаболизм метадона не изучено* | | |
| Диданозин | | | + |
| Долутегравир | | | + |
| Изониазид | | + | |
| Имипенем | | | + |
| Индинавир | Применять с осторожностью с учетом противоречивых данных* | | |
| Канамицин | | | + |
| Клофазимин | | | + |
| Кобицистат | | + | |
| Ламивудин | | | + |
| Лопинавир/ритонавир | Применять с осторожностью с учетом противоречивых данных* | | |
| Невирапин | + | | |
| Офлоксацин | Не влияет на метаболизм метадона. Применять с осторожностью (увеличивают интервал QT)* | | |
| Пиразинамид | | | + |
| Ритонавир | | + | |
| Рифабутин | + | | |
| Рифампицин | + | | |
| Рифапентин | + | | |

| | | | |
|------------------------|--|--|---|
| Саквинавир | Применять с осторожностью с учетом противоречивых данных* | | |
| Софосбувир | | | + |
| Софосбувир/велпатасвир | | | + |
| Софосбувир/ледипасвир | | | + |
| Стрептомицин | | | + |
| Тенофовир | | | + |
| Тенофовир+эмтрицитабин | | | + |
| Циклосерин | | | + |
| Ципрофлоксацин | Не влияет на метаболизм метадона. Применять с осторожностью (увеличивают интервал QT)* | | |
| Этамбутол | | | + |
| Этионамид | | | + |
| Этравирин | + | | |
| Эфавиренз | + | | |

*По данным Medline Drug Interaction Checker и EACS Guidelines – European AIDS Clinical Society. Version 10.0. October 2020, HIV Drug Interactions / University of Liverpool.

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала пациентов, зависимых от ПАВ (Дудко Т.Н. и др., 2006)

| Основные составляющие реабилитационного потенциала: | | Баллы |
|--|---|-------|
| Преморбид | | |
| 1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников | Неотягощена | 5 |
| | Отягощена: | |
| | алкоголизм, наркомания психические заболевания | -2 |
| 2. Наследственность по восходящей линии | Неотягощена | 3 |
| | Отягощена: | |
| | алкоголизм, наркомания психические заболевания | -1 |
| 3. Условия воспитания | В полной семье | 5 |
| | Только матерью | 2 |
| | Только отцом | 2 |
| | У родственников | 1 |
| | Э приёмной семье | -1 |
| 4. Материальное положение семьи: | Хорошее | 4 |
| | Среднее | 3 |
| | Плохое | 1 |
| 5. Отношение между родителями: | Ровные (хорошие, удовлетворительные) | 4 |
| | Неровные (периодически конфликтные) | 2 |
| | Постоянно конфликтные | -1 |
| 6. Физическое развитие: | Норма | 5 |
| | Задержка | 3 |
| | Патология | -1 |
| 7. Степень тяжести соматических заболеваний: | Лёгкая | 4 |
| | Средняя | 2 |
| | Тяжёлая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией) | -1 |
| 8. Психическое развитие: | Норма | 5 |
| | Задержка | 3 |
| | Патология | -1 |
| 9. Психические девиации: | Отсутствуют | 4 |
| | Акцентуация | 0 |
| | Невротическая личность | -1 |
| | Психопатия | -2 |
| 10. Особенности поведения: | Норма | 5 |
| | Девиантность | 0 |
| | Делинквентность | -1 |
| | | |
| 11. Образование до начала злоупотребления наркотиками: | Высшее | 5 |
| | Среднее | 4 |
| | Неполное среднее | 3 |
| | 7-8 классов | 2 |
| | 5-6 классов | 1 |
| 12. Успеваемость в школе: | 4 класса и менее | -1 |
| | Отлично и хорошо | 5 |
| | Хорошо | 4 |
| | Удовлетворительно | 3 |
| 13. Степень устойчивости интересов и увлечений: | Неудовлетворительно | -1 |
| | Устойчивые | 4 |
| | Без особенностей | 3 |
| 14. Отношение к труду: | Неустойчивые | 1 |
| | Позитивное | 4 |
| | Негативное | -1 |
| 15. Наличие профессии | Неустойчивое | 2 |
| | Имеет | 4 |
| | Частично приобретена | 2 |
| 16. Антисоциальные поступки | Не имеет | -1 |
| | Были | 4 |
| | | -1 |
| 17. Сексуальная сфера | Норма | 4 |
| | Снижение потенции | 1 |

| | | |
|--|---|----|
| | Снижение либидо | 1 |
| | Импотенция | -1 |
| | Фригидность | -1 |
| | Перверсии | -2 |
| 18. Употребление алкоголя: | Эдиничные случаи | 4 |
| | Умеренное | 3 |
| | Часто (1-2 раза в неделю) | 0 |
| | Зависимость | -1 |
| Клинические особенности заболевания | | |
| 1. Возраст начала злоупотребления ПАВ: | 20 лет и старше | 4 |
| | 18-19 лет | 3 |
| | 16-17 лет | 1 |
| | 12-15 лет | -1 |
| 2. Продолжительность заболевания: | До 6 мес | 5 |
| | До 1 года | 4 |
| | От 1 до 3 лет | 0 |
| | Более 3 лет | -1 |
| 3. Стадия синдрома зависимости (по МКБ-10): | I (начальная) стадия зависимости | -1 |
| | II (средняя) стадия зависимости | -2 |
| | III (конечная) стадия зависимости | -3 |
| 4. Способ введения наркотика: | Интраназально, орально, путём курения | -1 |
| | Внутримышечно или подкожно | -2 |
| | Внутривенно | -3 |
| 5. Параллельное злоупотребление ПАВ: | Практически отсутствует | 4 |
| | Каннабиноидами | 0 |
| | Психостимуляторами | -1 |
| | Галлюциногенами | -1 |
| | Транквилизаторами | -1 |
| 6. Вид влечения к ПАВ в ремиссии (на этапах реабилитации) | Не выражено | 2 |
| | Периодический, навязчивый | -1 |
| | Периодический, компульсивный | -2 |
| | Постоянный | -3 |
| 7. Степень выраженности синдрома отмены: | Лёгкая | 0 |
| | Средняя | -1 |
| | Тяжёлая | -2 |
| 8. Передозировка психоактивными веществами: | Не было | 4 |
| | Однократно | -1 |
| | Многократно | -2 |
| 9. Суицидальные тенденции | Отсутствуют | 4 |
| | Мысли | -1 |
| | Действия | -2 |
| 10. Суицидальные тенденции проявляются: | В состоянии наркоманического абстинентного синдрома | -1 |
| | В опьянении | -2 |
| | В ремиссии | -3 |
| 11. Ремиссии: | Спонтанные | 4 |
| | Терапевтические | 3 |
| | Вынужденные | 1 |
| | Отсутствуют | -3 |
| 12. Заболевания, приобретённые в период злоупотребления психоактивными веществами: | Отсутствуют | 4 |
| | Черепно-мозговая травма | 0 |
| | Сифилис | -1 |
| | Гепатит | -1 |
| | Прочее | -1 |
| | ВИЧ-инфекция | -3 |
| 13. Употребление наркотиков в период заболевания алкоголизмом: | Умеренное | 4 |
| | Бытовое злоупотребление | 1 |
| | Болезненная зависимость | -2 |
| 14. Приобретённые психопатологические нарушения: | Комбинация с наркотиками | -2 |
| | Отсутствуют | 4 |
| | Эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии) | -1 |

| | | |
|--|---|----|
| | Астенический (неврастенический) синдром | -1 |
| | Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение) | -2 |
| 15. Сексуальность: | Норма | 4 |
| | Снижение потенции | 1 |
| | Снижение либидо | 1 |
| | Импотенция (фригидность) | -1 |
| | Перверсии | -2 |
| 16. Сексуальная жизнь: | Регулярно | 4 |
| | Редко | 2 |
| | Отсутствует | -1 |
| 17. Критика к заболеванию наркоманией: | Сохранена | 4 |
| | Частично сохранена | 1 |
| | Отсутствует | -3 |
| 18. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе: | Добровольное | 4 |
| | Добровольно-принудительное | 0 |
| | Недобровольное | -3 |
| 19. Мотивы добровольного согласия: | Мотивы роста | 3 |
| | Мотивы прагматические | 1 |
| Особенности социального статуса и социальных последствий | | |
| 1. Семейный статус: | Женат/замужем | 3 |
| | Сожительство (постоянное) | 2 |
| | Не женат/не замужем | 1 |
| 2. Живёт: | В семье родителей | 3 |
| | В семье жены (мужа) | 2 |
| | В своей семье | 1 |
| | Один | -1 |
| 3. Жена/муж, сожитель/сожительница: | Не употребляет алкоголь | 4 |
| | Болен(а)алкоголизмом, находится в ремиссии | -1 |
| | Употребляет наркотики | -3 |
| 4. Семейные отношения: | Нормализованы | 4 |
| | Умеренно конфликтные (напряжённые) | 1 |
| | Средне конфликтные | -1 |
| | Крайне конфликтные | -2 |
| 5. Образование: | Высшее | 5 |
| | Незаконченное высшее | 4 |
| | Среднее техническое | 3 |
| | Среднее | 2 |
| | Незаконченное среднее | 1 |
| | Начальное | -1 |
| 6. Трудовой статус: | Работает или учится | 4 |
| | В академическом отпуске | 0 |
| | Не учится и не работает | -3 |
| 7. Судимость, правонарушение: | Отсутствует | 4 |
| | Привлекался к уголовной ответственности (не направлялся в исправительно-трудовое учреждение) | -1 |
| | Был осуждён один раз | -2 |
| | Был осуждён два раза и более | -3 |
| 8. Круг социальных интересов: | Высокий (разнообразный) | 4 |
| | Средний (однообразный) | 2 |
| | Низкий | 0 |
| 9. Отношение родственников к употреблению психоактивных веществ: | Активное противодействие | 4 |
| | Неодобрительное | 2 |
| | Индифферентное | 0 |
| 10. Профессиональные навыки и интересы: | Сохранены | 4 |
| | Частично утрачены | 1 |
| | Утрачены | -1 |
| 11. Отношение к работе и учёбе: | Творческое | 4 |
| | Активное | 3 |
| | Безразлично-пассивное | -1 |
| | Негативное | -2 |
| Личностные изменения, приобретённые в процессе заболевания | | |
| 1. Морально-этические нарушения: | | |
| | Практически отсутствуют | 4 |
| | Лёгкие (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда; появились лживость, грубость, позёрство, непостоянство, чёрствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и др.) | -1 |
| | Средние (значительные нарушения нормативной | -2 |

| | | |
|--|------------------------------------|----|
| ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распушенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминальность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и др.) | | |
| Тяжёлые (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминальность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, гунядство, утрата материнского/отцовского инстинкта, антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и принятие её идеологии и др.) | | -3 |
| 2. Интеллектуально-мнестическое нарушения: | | |
| Практически отсутствуют | | 4 |
| Лёгкие (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и др.) | | -1 |
| Средние [явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и др.] | | -2 |
| Тяжёлые [стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и др.] | | -3 |
| 3. Эмоциональные нарушения: | | |
| Практически отсутствуют | | 4 |
| Лёгкие (несвойственная до употребления наркотиков эмоциональная лабильность, напряжённость, повышенная раздражительность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и др.) | | -1 |
| Средние (аффективная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и др.) | | -2 |
| Тяжёлые (недержание аффектов, эмоциональное отупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и др.) | | -3 |
| 4. Социофобия (в понимании избегания социально-нормативной среды): | Отсутствует | 4 |
| | Выражена | -1 |
| 5. Деградация личности: | | |
| Отсутствует | | 4 |
| Лёгкая (включает легкие морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, наличие первых признаков социальной дезадаптации на фоне синдрома зависимости I стадии) | | -1 |
| Средняя (включает средней выраженности морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоционального нарушения, частичную социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости II стадии) | | -2 |
| Тяжёлая (включает тяжёлые морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости III стадии) | | -3 |
| Диагноз: | Мононаркомания | -1 |
| | Полинаркомания | -2 |
| | Наркомания+алкоголизм | -2 |
| | Наркомания+психические заболевания | -2 |

«Уровень реабилитационного потенциала» (УРП) – потенциальная возможность пациента с синдромом зависимости от ПАВ к отказу от употребления ПАВ, к восстановлению социальных связей с семьей, родственниками и друзьями, к общественно полезной деятельности, что может расцениваться как выздоровление, определяется многообразными клиническими и внеклиническими факторами, к которым относятся особенности наследственности, физического и психического развития в преморбидном периоде, социального статуса, а также форма и тяжесть синдрома зависимости от ПАВ, медицинские и социальные последствия употребления ПАВ, индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности, направление личностного и социального развития, ценностная ориентация пациента. Совокупность этих клинических и внеклинических факторов составляет УРП пациента, под которым понимают интегральную характеристику всех последовательных этапов формирования синдрома зависимости от ПАВ.

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала состоит из четырех блоков в виде конкретных вопросов. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности преморбида, физического, психического и социального развития пациента и клинические признаки заболевания оценивать в баллах +5, +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3. В результате четыре блока опросника получают суммарную цифровую оценку УРП каждого пациента (высокий, средний, низкий).

В случае выявления снижения УРП пациента необходимо выявить причины, приводящие к данному состоянию, провести индивидуальную психокоррекционную работу с психологом для коррекции выявленного состояния и выявления дополнительных стимулов и мотивации к лечению и приему ПТ.

Торонтская шкала алекситимии 20, валидизированный русский вариант (TAS20R)

Вопросник состоит из 26 утверждений. Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше. «Неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже.

Выразите свое согласие или несогласие с каждым из следующих утверждений этой шкалы, обведя соответствующую цифру. Против каждого утверждения обводите только один ответ:

обведите 1, если Вы **СОВЕРШЕННО НЕ СОГЛАСНЫ**

обведите 2, если Вы **ОТЧАСТИ НЕ СОГЛАСНЫ**

обведите 3, если Вы не можете решить, согласны Вы или не согласны (**НИ ТО, НИ ДРУГОЕ**)

обведите 4, если Вы **ОТЧАСТИ СОГЛАСНЫ**

обведите 5, если Вы **СОВЕРШЕННО СОГЛАСНЫ**

| | Совершенно не согласен | Отчасти не согласен | Ни то, ни другое | Отчасти согласен | Совершенно согласен |
|--|------------------------|---------------------|------------------|------------------|---------------------|
| 1. Мне часто бывает трудно разобраться, какое чувство я испытываю | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Мне трудно подбирать верные слова для своих чувств | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. У меня бывают такие ощущения в теле, в которых не могут разобраться даже врачи | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Я легко могу описать свои чувства | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто о них рассказывать | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Когда я расстроен, я не знаю – то ли мне грустно, то ли я испуган, то ли злюсь | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ощущения в моем теле часто вызывают у меня недоумение | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Скорее, я предпочту, чтобы все шло своим чередом, чем буду разбираться, почему вышло именно так | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. У меня бывают чувства, которые я не могу точно назвать | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Очень важно отдавать себе отчет в своих эмоциях | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Мне трудно описывать, какие чувства я испытываю к другим людям | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Люди советуют мне больше говорить о своих чувствах | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Я не знаю, что творится внутри меня | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Часто я не знаю, почему я злюсь | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Я предпочитаю разговаривать с людьми об их повседневных делах, а не об их чувствах | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 16. Я предпочитаю смотреть легкие, развлекательные программы, а не психологические драмы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Мне трудно раскрывать свои самые сокровенные чувства, даже близким друзьям | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Я могу чувствовать близость к другому человеку, даже когда мы молчим | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. При решении личных проблем я считаю полезным разобраться в своих чувствах | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Поиск скрытого смысла в фильмах или пьесах мешает получить удовольствие от них | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

© (Starostina, Taylor, Bagby, Bobrov and Parker [Старостина Е.Г., Тэйлор Г., Бэгби М., Бобров А.Е., Паркер Г.] – 2009)

Приложение 5

Симптоматический опросник SCL-90-R

Инструкция: ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодняшний день. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта. Если Вы захотите изменить свой отчет, зачеркните Вашу первую пометку.

| Насколько сильно вас тревожили в течение недели и сегодня | Совсем нет | Немного | Умеренно | Сильно | Очень сильно |
|--|------------|---------|----------|--------|--------------|
| 1. Головные боли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Нервозность или внутренняя дрожь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Повторяющиеся неотвязные неприятные мысли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Слабость или головокружение | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Потеря сексуального влечения или удовольствия | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Чувство недовольства другими | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Проблемы с памятью | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ваша небрежность или неряшливость | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Легко возникающая досада | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| или раздражение | | | | | |
| 12. Боли в сердце или грудной клетке | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Чувство страха в открытых местах или на улице | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Упадок сил или заторможенность | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Мысли о том, чтобы покончить с собой | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Дрожь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Плохой аппетит | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Слезливость | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Застенчивость или скованность в общении с лицами противоположного пола | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Неожиданный или беспричинный страх | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Боязнь выйти из дома одному | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Боли в пояснице | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Чувство одиночества | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Подавленное настроение, хандра | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Отсутствие интереса к чему-либо | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Чувство страха | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. То, что Ваши чувства легко задеть | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Сильное или учащенное сердцебиение | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Тошнота или расстройство желудка | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Ощущение, что Вы хуже других | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Боли в мышцах | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. То, что Вам трудно заснуть | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Трудности в принятии решений | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Боязнь езды в автобусах | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Затрудненное дыхание | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Приступы жара или озноба | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. То, что Вы легко теряете мысль | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Онемение или покалывание в различных частях тела | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Комок в горле | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Ощущение, что будущее безнадежно | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. То, что Вам трудно сосредоточиться | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Ощущение слабости в различных частях тела | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Ощущение напряженности или | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| взвинченности | | | | | |
| 58. Тяжесть в конечностях | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Мысли о смерти | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Переедание | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. То, что у Вас в голове чужие мысли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Бессонница по утрам | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Беспокойный и тревожный сон | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. Импульсы ломать или крушить что-либо | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71. Чувство, что все, чтобы Вы ни делали, требует больших усилий | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72. Приступы ужаса или паники | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74. То, что Вы часто вступаете в спор | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Нервозность, когда Вы оставались одни | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. То, что другие недооценивают Ваши достижения | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79. Ощущение собственной никчемности | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80. Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82. Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83. Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85. Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86. Кошмарные мысли или видения | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87. Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89. Чувство вины | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Шкала SCL содержит 90 пунктов, и ее назначение состоит в том, чтобы оценивать паттерны психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Каждый из 90 вопросов шкалы оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где «0» соответствует позиция «совсем нет», а «4» – «очень сильно». Ответы на пункты шкалы интерпретируются с учетом принадлежности к одной из 9 шкал симптомов: соматизации – (SOM), обсессивности-компульсивности (O-C), межличностной сензитивности (INT), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), паранояльных тенденций (PAR), психотизма (PSY), и дополнительных симптомов (Add), имеющих важное клиническое значение и не относящихся ни к одному из вышеуказанных пунктов. Указанные шкалы формируют шкалы второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI) – эффективный индикатор тяжести настоящего состояния и глубины расстройства; индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI) и общее число утвердительных ответов.

Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности

| | | | | | | |
|--|----|----|---|---|---|---|
| 1. Мне нравится заниматься физкультурой | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не люблю физические нагрузки |
| 2. Люди считают меня отзывчивым и доброжелательным человеком | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Некоторые люди считают меня холодным и черствым |
| 3. Я во всем ценю чистоту и порядок | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Иногда я позволяю себе быть неряшливым |
| 4. Меня часто беспокоит мысль, что что-нибудь может случиться | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | «Мелочи жизни» меня не тревожат |
| 5. Все новое вызывает у меня интерес | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Часто новое вызывает у меня раздражение |
| 6. Если я ничем не занят, то это меня беспокоит | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я человек спокойный и не люблю суетиться |
| 7. Я стараюсь проявлять дружелюбие ко всем людям | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не всегда и не со всеми дружелюбный человек |
| 8. Моя комната всегда аккуратно прибрана | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не очень стараюсь следить за чистотой и порядком |
| 9. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не обращаю внимания на мелкие проблемы |
| 10. Мне нравятся неожиданности | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я люблю предсказуемость событий |
| 11. Я не могу долго оставаться в неподвижности | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Мне не нравится быстрый стиль жизни |
| 12. Я тактичен по отношению к другим людям | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Иногда в шутку я задеваю самолюбие других |
| 13. Я методичен и пунктуален во всем | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не очень обязательный человек |
| 14. Мои чувства легко уязвимы и ранимы | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я редко тревожусь и редко чего-либо боюсь |
| 15. Мне не интересно, когда ответ ясен заранее | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не интересуюсь вещами, которые мне не понятны |
| 16. Я люблю, чтобы другие быстро выполняли мои распоряжения | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не спеша выполняю чужие распоряжения |
| 17. Я уступчивый и склонный к компромиссам человек | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я люблю поспорить с окружающими |
| 18. Я проявляю настойчивость, решая трудную задачу | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не очень настойчивый человек |
| 19. В трудных ситуациях я весь сжимаюсь от напряжения | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я могу расслабиться в любой ситуации |
| 20. У меня очень живое воображение | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я всегда предпочитаю реально смотреть на мир |
| 21. Мне часто приходится быть лидером, проявлять инициативу | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я скорее подчиненный, чем лидер |
| 22. Я всегда готов оказать помощь и разделить чужие трудности | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Каждый должен уметь позаботиться о себе |
| 23. Я очень старательный во всех делах человек | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не очень усердствую на работе |
| 24. У меня часто выступает холодный пот и дрожат руки | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я редко испытывал напряжение, сопровождаемое дрожью в теле |
| 25. Мне нравится мечтать | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я редко увлекаюсь фантазиями |
| 26. Часто случается, что я руковожу, отдаю распоряжения другим людям | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я предпочитаю, чтобы кто-то другой брал в свои руки руководство |
| 27. Я предпочитаю сотрудничать с другими, чем соперничать | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Без соперничества общество не могло бы развиваться |
| 28. Я серьезно и прилежно отношусь к работе | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я стараюсь не брать дополнительные обязанности на работе |
| 29. В необычной обстановке я часто нервничаю | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я легко привыкаю к новой обстановке |
| 30. Иногда я погружаюсь в глубокие размышления | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не люблю тратить свое время на размышления |
| 31. Мне нравится общаться с незнакомыми людьми | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не очень общительный человек |
| 32. Большинство людей добры от природы | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я думаю, что жизнь делает некоторых людей злыми |
| 33. Люди часто доверяют мне ответственные | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Некоторые считают меня безответственным |

| дела | | | | | | |
|---|----|----|---|---|---|--|
| 34. Иногда я чувствую себя одиноко, тоскливо и все валится из рук | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Часто, что-либо делая, я так увлекаюсь, что забываю обо всем |
| 35. Я хорошо знаю, что такое красота и элегантность | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Мое представление о красоте такое же, как и у других |
| 36. Мне нравится приобретать новых друзей и знакомых | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я предпочитаю иметь только несколько надежных друзей |
| 37. Люди, с которыми я общаюсь, обычно мне нравятся | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Есть такие люди, которых я не люблю |
| 38. Я требователен и строг в работе | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Иногда я пренебрегаю своими обязанностями |
| 39. Когда я сильно расстроен, у меня тяжело на душе | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | У меня очень редко бывает мрачное настроение |
| 40. Музыка способна так захватить меня, что я теряю чувство времени | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Драматическое искусство и балет кажутся мне скучными |
| 41. Я люблю находиться в больших и веселых компаниях | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я предпочитаю уединение |
| 42. Большинство людей честные, и им можно доверять | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Иногда я отношусь подозрительно к другим людям |
| 43. Я обычно работаю добросовестно | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Люди часто находят в моей работе ошибки |
| 44. Я легко впадаю в депрессию | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Мне невозможно испортить настроение |
| 45. Настоящее произведение искусства вызывает у меня восхищение | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я редко восхищаюсь совершенством настоящего произведения искусства |
| 46. «Болея» на спортивных соревнованиях, я забываю обо всем | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не понимаю, почему люди занимаются опасными видами спорта |
| 47. Я стараюсь проявлять чуткость, когда имею дело с людьми | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Иногда мне нет дела до интересов других людей |
| 48. Я редко делаю необдуманно то, что хочу сделать | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я предпочитаю принимать решения быстро |
| 49. У меня много слабостей и недостатков | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | У меня высокая самооценка |
| 50. Я хорошо понимаю свое душевное состояние | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Мне кажется, что другие люди менее чувствительны, чем я |
| 51. Я часто игнорирую сигналы, предупреждающие об опасности | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я предпочитаю избегать опасных ситуаций |
| 52. Радость других я разделяю как собственную | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не всегда разделяю чувства других людей |
| 53. Я обычно контролирую свои чувства и желания | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Мне трудно сдерживать свои желания |
| 54. Если я терплю неудачу, то обычно обвиняю себя | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Мне часто «везет», и обстоятельства редко бывают против меня |
| 55. Я верю, что чувства делают мою жизнь содержательнее | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я редко обращаю внимание на чужие переживания |
| 56. Мне нравятся карнавалы, шествия и демонстрации | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Мне не нравится находиться в многолюдных местах |
| 57. Я стараюсь поставить себя на место другого человека, чтобы его понять | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не стремлюсь понять все нюансы переживаний других людей |
| 58. В магазине я обычно долго выбираю то, что надумал купить | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Иногда я покупаю вещи импульсивно |
| 59. Иногда я чувствую себя жалким человеком | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Обычно я чувствую себя нужным человеком |
| 60. Я легко «вживаюсь» в переживания вымышленного героя | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Приключения киногероя не могут изменить мое душевное состояние |
| 61. Я чувствую себя счастливым, когда на меня обращают внимание | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я скромный человек и стараюсь не выделяться среди людей |
| 62. В каждом человеке есть нечто, за что его можно уважать | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я еще не встречал человека, которого можно было бы уважать |
| 63. Обычно я хорошо думаю, прежде чем действую | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не люблю продумывать заранее результаты своих поступков |
| 64. Часто у меня бывают взлеты и падения настроения | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Обычно у меня ровное настроение |

| | | | | | | |
|---|----|----|---|---|---|--|
| 65. Иногда я чувствую себя фокусником, подшучивающим над людьми | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Люди часто называют меня скучным, но надежным человеком |
| 66. Я привлекателен для лиц противоположного пола | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Некоторые считают меня обычным и неинтересным человеком |
| 67. Я всегда стараюсь быть добрым и внимательным с каждым человеком | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Некоторые люди думают, что я самонадеянный и эгоистичный |
| 68. Перед путешествием я намечаю точный план | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не могу понять, зачем люди строят такие детальные планы |
| 69. Мое настроение легко меняется на противоположное | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я всегда спокоен и уравновешен |
| 70. Я думаю, что жизнь – это азартная игра | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Жизнь – это опыт, передаваемый последующим поколениям |
| 71. Мне нравится выглядеть вызывающе | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | В обществе я обычно не выделяюсь поведением и модной одеждой |
| 72. Некоторые говорят, что я снисходителен к окружающим | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Говорят, что я часто хвастаюсь своими успехами |
| 73. Я точно и методично выполняю свою работу | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я предпочитаю «плыть по течению», доверяя своей интуиции |
| 74. Иногда я бываю настолько взволнован, что даже плачу | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Меня трудно вывести из себя |
| 75. Иногда я чувствую, что могу открыть в себе нечто новое | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | Я не хотел бы ничего в себе менять |

«Пятифакторный опросник личности» (Р. МакКрае, П. Коста), версия 5PFQ, сост. Х. Тсуи (адаптация: А. Б. Хромов) применяется для изучения индивидуально-характерологических личностных особенностей. Пятифакторный опросник личности представляет собой текстовый набор 75-и противоположных по значению стимульных высказываний, характеризующих поведение человека в типичных жизненных ситуациях, в которых наиболее ярко проявляются его личностные черты. Стимульный материал разделен пятиступенчатой оценочной шкалой Лайкерта, которая позволяет измерять степень выраженности каждого признака. Всего в опроснике 150 фраз, оценки которых группируются в 25 биполярных первичных компонент, состоящих из 5 утверждений каждый, сгруппированных, в свою очередь, в 5 обобщенных вторичных факторов.

Пятифакторный личностный опросник Р. МакКрае и П. Коста предназначен для экспресс-диагностики уровня выраженности пяти так называемых «больших» факторов темперамента и характера.