

**КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ  
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ МКБ-10**

ICD-10 SYMPTOM CHECKLIST FOR  
MENTAL DISORDERS

Psychoactive Substance Use Syndromes Module

The ICD-10 Symptom Checklist for Mental Disorders

© World Health Organization 2004

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

### **Acknowledgements**

Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization by Dr A. Abesonova and Dr V. Shtengelov. The translated document was reviewed and edited by Dr D. Poltavets, Dr I. Grishayeva and Dr S. Dvoryak. Back translation was performed by Mr P. Nasada.

## КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ МКБ-10

### Psychoactive Substance Use Syndromes Module

Следующие вопросы имеют отношение к симптомам, вызванным употреблением героина или другого опиоида, по поводу которых в настоящее время Вы получаете лечение. Вопросы относятся к периоду времени, непосредственно предшествовавшему началу Вашего теперешнего лечения.

**[В следующих вопросах, если возможно, замените слово «наркотик» названием употребляемого опиоида]**

1. Было ли у Вас сильное желание или сильное (компульсивное) влечение к употреблению <i>наркотика</i> ? («тяга»)	Да	Нет
2. Считали ли Вы, что Вам трудно или невозможно контролировать употребление <i>наркотика</i> ?	Да	Нет
3. Возникали ли у Вас симптомы отмены после того, как в течение некоторого времени Вы обходились без <i>наркотика</i> ?	Да	Нет
4. Употребляли ли Вы <i>наркотик</i> для облегчения или избегания симптомов отмены?	Да	Нет
5. Замечали ли Вы, что для достижения такого же физического или психического состояния Вам требуется более высокая доза <i>наркотика</i> ? («толерантность»)	Да	Нет
6. Стремилась ли Вы не разнообразить характер употребления <i>наркотика</i> с течением времени?	Да	Нет
7. Пренебрегали ли Вы все больше и больше другими удовольствиями или интересами в пользу употребления <i>наркотика</i> ?	Да	Нет
8. Испытывали ли Вы, что употребление <i>наркотика</i> причиняет Вам психологический или физический вред?	Да	Нет
9. Продолжали ли Вы упорно употреблять <i>наркотик</i> , несмотря на явные признаки вредных последствий?	Да	Нет

10. Сколько времени продолжалось проблемное употребление *наркотика*?

а. в годах

б. в месяцах


О синдроме зависимости свидетельствует наличие **трех и более** симптомов из 1, 2, 3, 5, 7 и 9.

11. а. <b>Отметьте, имеется ли синдром опиоидной зависимости (F11.2)</b>	Да	Нет
б. Если «Да», укажите конкретный опиоид: _____		