

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист  
психиатр-нарколог Департамента  
здравоохранения города Москвы

  
\_\_\_\_\_ А. В. Масякин

«09» февраля 2026 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения го-  
рода Москвы № 1



МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ  
ПАЦИЕНТОВ – УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ  
ОПЕРАЦИИ

Методические рекомендации № 6

Москва

2026

**УДК 616.89**

**ББК 56.14**

**П78**

**Организация-разработчик:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы».

**Составители:** Масыкин А.В., Боровков Е.И., Агибалова Т.В., Лактаева Е.А., Нобатова В.Н., Насонкина О.М., Бодунов Е.А., Семеняка И.В., Кислова Т.В., Нечаева Т.О., Тюляндина Е.В.

**Рецензенты:** д.пс.н., профессор, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Рычкова О.В.; д.м.н., главный научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» Поплевченков К.Н.

Медицинская реабилитация наркологических пациентов – участников специальной военной операции. Методические рекомендации / составители: А.В. Масыкин, Е.И. Боровков, Т.В. Агибалова [и др.]. – М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2026. – 84 с.

Методические рекомендации посвящены организации медицинской реабилитации наркологических пациентов — участников специальной военной операции — с коморбидной патологией в виде синдрома зависимости и посттравматического стрессового расстройства. В документе представлен поэтапный мультидисциплинарный подход к лечению и реабилитации, включающий медицинские, психологические и социальные мероприятия.

**Предназначение:** методические рекомендации предназначены для психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, организаторов здравоохранения и других специалистов, работающих в медицинских организациях, которые оказывают помощь участникам военных действий, имеющим наркологические расстройства. В приложении содержатся все необходимые практические материалы для работы специалистов.

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.*

**ISBN:**

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2026

© ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2026

© Коллектив авторов, 2026

## СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ .....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	6
ОБЩАЯ СТРУКТУРА И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ..	8
ЭТАП ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИИ .....	10
Критерии выписки/перевода с этапа предреабилитации .....	14
ЭТАП АДАПТАЦИОННОГО СТРЕССА.....	18
Критерии выписки/перевода с этапа адаптационного стресса.....	22
ЭТАП СОБСТВЕННО АДАПТАЦИИ.....	25
Критерии выписки/перевода с этапа адаптации .....	31
ЭТАП ИНТЕГРАЦИИ .....	34
Критерии выписки/перевода с этапа интеграции .....	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	43
ЛИТЕРАТУРА .....	44
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	51

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АА – Анонимные Алкоголики
- АлАнон – группы взаимопомощи для людей, чьи жизни оказались под влиянием алкоголизма близкого
- АН – Анонимные Наркоманы
- ГРЦ – Городской реабилитационный центр
- ДНС – Дневной стационар
- ИЖС – Индекс жизненного стиля
- ИПР – Индивидуальный План Реабилитации
- КПТ – Когнитивно-поведенческая терапия
- КФ – Клинический филиал
- ЛРП – Лечебно-реабилитационный процесс
- МИ – Мотивационное интервью
- МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- МП – Мотивационная психотерапия
- МПГ – Малая психокоррекционная группа
- МР – Медицинская реабилитация
- НарАнон – всемирное содружество людей, на чью жизнь повлияла наркомания близкого человека
- НД – Наркологический диспансер
- НО – Наркологическое отделение
- ОМР – Отделение медицинской реабилитации
- ПАВ – Психоактивные вещества
- ПВ – Патологическое влечение
- РЦ – Реабилитационный центр
- СВО – Специальная военная операция
- СПА – Социально-психологическая адаптация
- СПС – Социально-психологическая служба
- ЭДА – Эмоционально-деятельностная адаптация
- ЭКГ – Электрокардиография

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Конституция Российской Федерации.
- Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
- Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
- Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- Указ Президента РФ от 23.11.2020 № 733 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года».
- Распоряжение Правительства РФ от 11.12.2023 № 3547-р «Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в Российской Федерации на период до 2030 года и на дальнейшую перспективу».
- Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».
- Приказ Минздрава России № 208н, Минтруда России № 432н от 03.05.2023 «Об утверждении Порядка прохождения больными наркоманией медицинской и социальной реабилитации».
- Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 54990-2018 «Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг».
- Региональные законодательные акты (на примере Закона г. Москвы от 28.02.2007 № 6 «О профилактике наркомании и незаконного потребления наркотических средств, психотропных веществ в городе Москве»).

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность разработки и внедрения специализированных программ медицинской реабилитации наркологических пациентов — участников специальной военной операции — обусловлена высокой распространённостью сочетанной патологии, включающей расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Боевой стресс, повторные травматические воздействия, утрата привычных социальных ролей, соматические последствия военных травм формируют сложный клинико-психологический профиль пациентов, существенно осложняющий течение зависимости, снижая приверженность лечению и повышая риск рецидивов.

Коморбидность синдрома зависимости и ПТСР требует принципиально иного подхода к организации лечебно-реабилитационного процесса, основанного на мультидисциплинарном взаимодействии, этапности и травмоинформированности оказываемой помощи. Традиционные модели наркологической реабилитации без учета специфики посттравматических нарушений зачастую оказываются недостаточно эффективными, а в ряде случаев могут способствовать усилению дезадаптивных реакций, избегания и сопротивления лечению.

Настоящие методические рекомендации разработаны с целью систематизации и стандартизации подходов к медицинской реабилитации наркологических пациентов — участников СВО — с учетом био-психо-социо-духовной модели заболевания, а также современных представлений о лечении ПТСР. В документе представлен поэтапный алгоритм реабилитации, включающий этапы предреабилитации, адаптационного стресса, собственно адаптации и интеграции, каждый из которых имеет четко определенные цели, задачи, критерии эффективности и показания к переходу на следующий уровень помощи.

Особое внимание уделено формированию терапевтического альянса, снижению анозогнозии, повышению мотивации к лечению и созданию безопасной терапевтической среды, минимизирующей риск ретравматизации. В рекомендациях подробно описаны функции врача-психиатра-нарколога, медицинского психолога, специалистов социальной и социально-психологической служб, а также механизмы их согласованного взаимодействия в рамках единого лечебно-реабилитационного процесса.

Методические рекомендации предназначены для использования в специализированных наркологических подразделениях и могут служить практическим инструментом для специалистов, оказывающих помощь

пациентам с сочетанием зависимости и ПТСР, обеспечивая преемственность, системность и клиническую обоснованность реабилитационных мероприятий.

## ОБЩАЯ СТРУКТУРА И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Организация медицинской реабилитации основывается на следующих ключевых принципах:**

1. Этапность и преемственность, предполагающие последовательное прохождение пациентом реабилитационных этапов с наращиванием интенсивности и сложности терапевтических вмешательств;
2. Индивидуализация, реализуемая через формирование индивидуального плана реабилитации с учетом клинического, психологического и социального статуса пациента;
3. Мультидисциплинарность, обеспечивающая согласованное взаимодействие врача-психиатра-нарколога, медицинского психолога, специалистов социальной и социально-психологической служб;
4. Травмоинформированность, предусматривающая учет специфики посттравматических реакций, минимизацию стрессогенных факторов и недопущение преждевременной травмофокусированной работы;
5. Ориентация на формирование приверженности лечению, снижение анозогнозии и активное включение пациента в лечебно-реабилитационный процесс;
6. Объективная оценка эффективности, основанная на использовании клинических, психометрических и социальных критериев.

### **Структура этапов медицинской реабилитации:**

В рамках настоящих методических рекомендаций лечебно-реабилитационный процесс включает следующие этапы:

#### ***- Этап предреабилитации***

Направлен на комплексную диагностику коморбидной патологии, купирование острых состояний, первичную психокоррекцию, формирование терапевтического альянса и мотивации к дальнейшему лечению.

#### ***- Этап адаптационного стресса***

Обеспечивает снижение стрессовой нагрузки, связанной с переходом в реабилитационное отделение, профилактику обострения симптомов ПТСР и постепенное включение пациента в терапевтическую среду.

#### ***- Этап собственно адаптации***

Ориентирован на формирование навыков саморегуляции, совладания со стрессом и стабилизацию психоэмоционального состояния, достаточных для перехода к более глубокой реабилитационной работе или завершения стационарного этапа.

### **- Этап интеграции**

Направлен на закрепление достигнутых результатов, восстановление социальных и семейных связей, профилактику рецидивов и подготовку пациента к возвращению в социальную среду с продолжением лечения в амбулаторных условиях.

Переход между этапами осуществляется не по формальному календарному принципу, а на основании достижения целевых клинико-функциональных показателей, отражающих степень стабилизации состояния пациента, уровень его вовлеченности в лечебно-реабилитационный процесс и готовность к следующему этапу.

### **Роль мультидисциплинарной реабилитационной бригады:**

Реализация представленной модели медицинской реабилитации осуществляется мультидисциплинарной бригадой, в состав которой входят врач-психиатр-нарколог, медицинский психолог, специалисты социальной и социально-психологической служб. Совместная работа специалистов обеспечивает комплексное воздействие на клинические, психологические и социальные факторы заболевания, а также согласованное формирование и коррекцию индивидуального плана реабилитации на всех этапах лечения.

Представленная структура медицинской реабилитации создает условия для системного и управляемого лечебно-реабилитационного процесса, направленного на устойчивое восстановление пациентов с сочетанной наркологической и посттравматической патологией.

## ЭТАП ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИИ

### для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ)

В рамках предлагаемой программы выделен, структурирован и методически обоснован этап предреабилитации для пациентов с комплексными нарушениями, включающими ПТСР и зависимость от ПАВ.

**Реализуется в специализированном отделении** ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» после установления диагноза F XX.1 «Пагубное употребление» или F XX.2 «Синдром зависимости» и, при необходимости, купирования проявлений абстинентного синдрома.

Направление пациента в специализированное отделение осуществляется на основании результатов прохождения Краткого опросника для лиц с опытом нахождения в зоне боевых действий (*Приложение 1*), предъявляемого в ходе первичного осмотра и сбора анамнестических данных.

**Цель этапа:** комплексная оценка состояния пациента с коморбидной патологией (синдром зависимости и ПТСР), формирование терапевтического альянса для дальнейшего лечения, адаптация к условиям специализированного лечения.

#### **Задачи этапа:**

##### *Медицинский блок:*

1. Компенсация/субкомпенсация соматических заболеваний и коморбидных психических и поведенческих расстройств.
2. Диагностика и купирование патологического влечения.
3. Проведение скрининг-диагностики на выявление ПТСР и определение степени выраженности ПТСР на основе частоты и интенсивности симптомов.
4. Преодоление анозогнозии на основе повышения информированности пациента об основном наркологическом и сопутствующем/конкурирующим коморбидном заболевании (врачебные лекции).

##### *Психологический блок:*

1. Проведение патопсихологического обследования с оценкой состояния психических функций, личностных особенностей, МПЗ.
2. Проведение психометрической диагностики на выявление ПТСР и определение степени выраженности основных симптомов.
3. Преодоление анозогнозии на основе повышения информированности пациента об основном наркологическом и сопутствующем/конкурирующим коморбидном заболевании (психологические лекции).

4.Повышение мотивации на дальнейшее лечение в условиях реабилитации с включением в «программу реабилитации участников СВО».

*Социальный блок:*

- 1.Социальная диагностика.
- 2.Составление маршрута социального сопровождения с учётом социальных реабилитационных потребностей.
- 3.Интеграция равного консультанта в терапевтический процесс для повышения приверженности лечению, через моделирование конструктивных стратегий совладания со стрессом.

Для решения поставленных задач, используются следующие **диагностические и терапевтические инструменты:**

**Реализуется врачом психиатром-наркологом:**

- 1.Проведение медицинского осмотра и обследования, включая динамическое наблюдение (при необходимости), для оценки общего состояния здоровья пациента и выявления осложнений и сопутствующих заболеваний (в соответствии с Клиническими рекомендациями).
- 2.Информирование пациента об особенностях реабилитационного процесса, включая роли и функции врача и ответственность пациента.
- 3.Проведение скринингового исследования на посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) в отсутствие предварительно установленного диагноза данного состояния.
- 4.Опросник CAPS 1 для начальной оценки динамических параметров ПТСР.
- 5.Коррекция или продолжение медикаментозной терапии, основанной на индивидуальных потребностях пациента и результатах медицинского обследования.
- 6.Оценка уровня патологического влечения к ПАВ с использованием опросников Альтшуллера/Винниковой.
- 7.Оценка посещения всех проводимых реабилитационных мероприятий на данном этапе.

**Реализуется медицинским психологом:**

- 1.Комплексное психодиагностическое исследование, включая стандартизированные методики для оценки выраженности ПТСР.
- 2.Совместно с врачом - составление индивидуального плана психологического сопровождения.
- 3.Психокоррекционная работа в рамках ИПР: снижение симптомов ПТСР, формирование навыков эмоциональной регуляции (индивидуальные и групповые занятия с элементами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)),

диалектико-поведенческой терапии (ДПТ), травмоинформированность, мотивационное интервью).

4. Работа с анозогнозией и когнитивными искажениями, поддерживающими аддиктивное поведение.

5. Формирование мотивации на длительную реабилитацию, на ведение трезвого образа жизни (выявление и усиление внутренних ресурсов пациента, помощь в осознании связи между травматическим опытом, симптомами ПТСР и рисками рецидива зависимости).

6. Оценка уровня вовлеченности пациента в лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) по шкале Лайкерта для мониторинга его активности и участия в программе.

**Реализуется работниками социально-психологической службы (СПС) и социальной службой ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»:**

1. Проведение мотивационного консультирования сотрудниками СПС, с целью повышения мотивации пациента к участию в реабилитационной программе (дважды).

2. Информирование пациента об особенностях реабилитационного процесса, включая роли и функции специалистов социальной службы и ответственность пациента.

3. Психосоциальное обследование с использованием шкалы «готовность к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES) для оценки уровня мотивации и готовности к изменениям в динамике (дважды).

4. Социальная паспортизация (комплексная оценка социального статуса) для определения типа и объёма необходимого содействия.

5. Составление индивидуального плана социального сопровождения.

6. Мотивационное консультирование, в т.ч. по принципу «равный равному» с привлечением социальных работников, обладающих личным опытом преодоления боевого стресса и успешной ремиссии от употребления психоактивных веществ (ПАВ), для усиления мотивации на лечение зависимости.

**Длительность этапа:** до 21 дня с момента поступления.

**Специфика работы с пациентом:** Комплексная мультидисциплинарная диагностика. Первичная интегрированная психокоррекция, формирование терапевтического альянса. При выявлении высокого риска — заключение с пациентом «контракта безопасности» и усиление мер наблюдения.

### **Темы лекций этапа предреабилитации:**

1. Концепция болезни (психолог).
2. Симптомы химической зависимости (врач).
3. Анализ срыва / рецидива (психолог).
4. Патологическое влечение к алкоголю / наркотику (психолог).
5. Последствия употребления алкоголя / наркотиков (врач).
6. Сопротивление лечению (психолог).
7. Мотивация на лечение (психолог).
8. ПТСР и ПАВ (врач).
9. Природа гнева (психолог).
10. Чувства в процессе лечения (психолог).

	Понедельник	Среда	Пятница
Неделя 1	Концепция болезни (психолог)	ПТСР+ПАВ (врач)	Патологическое влечение к алкоголю / наркотику
Неделя 2	Сопротивление лечению	Симптомы химической зависимости (врач)	Природа гнева
Неделя 3	Чувства в процессе лечения	Последствия употребления ПАВ (врач)	Мотивация на лечение

### **Психокоррекционные группы/Социальные тренинги:**

1. Формирование навыков совладания и саморегуляция.
2. Тренинги самопознания.
3. Тренинг социального взаимодействия.
4. Групповая арт-терапия.

	Вторник	Четверг
Неделя 1	Тренинги совладания и саморегуляция	Группа осознанности и управления тревогой.
Неделя 2	Тренинги совладания и саморегуляция	Группа осознанности и управления тревогой.
Неделя 3	Тренинги совладания и саморегуляция	Группа осознанности и управления тревогой.

### **Темы групповых занятий для родственников (1 р. в неделю очно или онлайн):**

1. Клинико-психологические аспекты ПТСР и зависимость.
2. Принципы, содержание и эффективные модели коммуникации.
3. Синдром эмоционального выгорания и вторичной травматизации у родственников пациентов.

#### 4. Дисфункциональные паттерны коммуникации.

### КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ/ПЕРЕВОДА С ЭТАПА ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИИ

Время оценки	Критерии перевода	Целевой показатель/Уровень достижения
<b>Компетенция врача</b>		
1. По состоянию	1. Синдром отмены ПАВ купирован в соответствии с Клиническими рекомендациями	1. Отсутствие острых симптомов и стабилизация состояния организма
2. Ежедневно	2. Коморбидные состояния компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями (возможна субкомпенсация ПТСР)	2. Отсутствие острых симптомов и стабилизация состояния организма (по ПТСР адаптационные механизмы работают с перенапряжением и возможна угроза срыва)
3. Ежедневно	3. Соматические заболевания компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями	3. Отсутствие острых симптомов и стабилизация состояния организма
4. При смене диагноза и перед выпиской	4. Синдром патологического влечения к ПАВ.	4. Редуцирован до «слабо выраженного» по шкале тяжести патологического влечения Альтшуллера /Винниковой
5. При смене диагноза на FXX.2 и перед выпиской.	5. Скрининговое исследование на ПТСР. Опросник на скрининг ПТСР (от 7 до 10 баллов)	5. Выполнено
7. Использование для оценки динамики частоты и интенсивности обострений	7. Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale – CAPS) при отсутствии ранее выставленного диагноза. (при выявлении ПТСР после скрининга и сбора анамнеза)	7. Снижение общей суммы баллов более, чем на 30% от исходного уровня.
8. Перед выпиской/ переводом	8. Посещение всех проводимых реабилитационных мероприятий	8. Не менее 80% объема ЛРП этапа.
<b>Компетенция психолога</b>		
1. После установления диагноза FXX.2	1. Патопсихологическая диагностика проведена с заключением по всем психическим функциям, определением личности, МПЗ.	1. Выполнено
2. После установления диагноза FXX.2	2. Проведение психологического исследования на предмет	2. Выполнено

	<p>посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) для анализа клинических проявлений ПТСР, включая когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты, с целью выявления специфических паттернов и факторов, влияющих на его течение и исход:</p> <p>2.1. Госпитальная Шкала тревоги и депрессии (HADS)</p> <p>2.2. Шкала безнадежности Бека (При высоких показателях безнадежности обязательное исследование на суицидальный риск и суицидальные тенденции - методика Опросник «Факторы суицидного риска» (ФСР-26))</p> <p>2.3. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный/гражданский вариант) при выявлении врачом ПТСР</p> <p>2.4. Симптоматический опросник SCL-90 (проводится при установлении ПТСР по Миссисипской шкале) (от 1 до 4 баллов по каждой шкале)</p>	<p>2.1. Отсутствие клинической выраженности.</p> <p>2.2. Выполнено.</p> <p>2.3. Выполнено</p> <p>2.4. Выполнено</p>
3. При смене диагноза и перед переводом/выпиской	3. Анозогнозия снизилась до 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3 и №4 (опросник НИПИ Бехтерева с результатом по шкалам)	3. от 0 баллов и ниже по шкалам №1, 2, 3, 4.
4. По суммарному результату участия в реабилитационных мероприятия по шкале Лайкерта.	4. Уровень включенности в ЛРП.	4. от 3 баллов
<b>Компетенция социально-психологической службы (СПС) и социальной службы</b>		
1. После установления диагноза FXX.2	1. Встречи первичная с сотрудниками СПС. Мотивация на реабилитацию. Проведение презентации терапевтического сообщества само и взаимопомощи АА/АН. Первичное тестирование по Шкале «готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES	1. Выполнено
2. Перед выпиской из отделения.	2. Повторная консультация с сотрудниками СПС. Мотивация. Проведение тестирования по	2. Признание – 32 б. Амбивалентность – 15 б. Активные действия - 33 б.

	Шкале «готовность к изменению поведения и стремления к лечению» SOCRATES.	
3. При смене диагноза на FXX.2	3. Социальная диагностика: социальная паспортизация (комплексная оценка социального статуса) для определения типа и объёма необходимого содействия. Составление индивидуального плана социального сопровождения.	3. Выполнено

**Заключение:** Суммарный терапевтический эффект на этапе 100% (14 баллов по 14 критериям). Пациент выписывается для продолжения ЛРП в условиях ОМР при достижении не менее 80% возможного эффекта (10 баллов и выше).

***Особенности этапа предреабилитации  
для пациентов с ограниченными возможностями***

Организация **безопасной среды и комфортных условий** прохождения лечения:

1. Обеспечение необходимого доступа к обезболиванию.
2. Адаптация палаты (опускающиеся кровати, поручни, удобные рядом стоящие тумбочки, близость туалета и пр).
3. Привлечение физиотерапевта, инструктора ЛФК.

*Компетенция врача:*

1. Контроль соматических осложнений (пролежни, тромбозы и др.).
2. Профилактика травматизма

*Компетенция медицинского психолога:*

1. Травмоинформированность.
2. Обучение техникам интроспекции и саморегуляции в работе с предвестниками обострения симптомов ПТСР (техники заземления, дыхательные практики). Работа в группе ГОД (группа ослабления давления).
3. Мотивационное интервьюирование: помощь в принятии диагноза и необходимости лечения. Помощь в принятии последствий ампутации, формировании целостного образа «Я» в рамках новой идентичности, принятия помощи и поддержки, включая принятие протеза, как части себя.

*Компетенция специалиста по социальной работе:*

1. Оценка ресурсов: выявление базовых потребностей (жилье, документы, инвалидность).

2. Юридическое сопровождение: содействие в оформлении инвалидности, получении пенсии, записи на протезирование, обеспечении техническими средствами реабилитации.
3. Работа со значимыми близкими, окружением.

*Компетенция социального работника:*

1. Установление доверительного контакта через личный опыт (по принципу «равный-равному»).
2. Использование личной истории как мотивации к выздоровлению.

## ЭТАП АДАПТАЦИОННОГО СТРЕССА

### для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ)

Перевод пациента в реабилитационное отделение может вызывать комплекс эмоциональных реакций и затруднять процесс адаптации, особенно в случае сопутствующего посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

**Реализуется** в ОМР КФ, ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ДНС ОМР КФ 1-3, ОМР НД.

**Цельэтапа:** комплексная помощь для минимизации стресса адаптации, связанного с переходом в реабилитационное отделение. Особое внимание уделяется смягчению реактивации симптомов ПТСР (тревоги, гипервозбуждения, избегания), которые могут быть спровоцированы изменением обстановки, режима и необходимостью вовлечения в терапевтическую группу.

#### **Задачи этапа:**

##### *Медицинский блок:*

1. Диагностика и купирование патологического влечения.
2. Компенсация/субкомпенсация соматических заболеваний и коморбидных психических и поведенческих расстройств.
3. Определение степени выраженности ПТСР на основе диагностики частоты и интенсивности симптомов (опросник CAPS при сборе анамнеза).
4. Разработка индивидуализированного плана реабилитации на основе результатов диагностических исследований всех специалистов реабилитационной бригады.

##### *Психологический блок:*

1. Повторное проведение патопсихологического (психологического) обследования назначается лечащим врачом в зависимости от целей проведения психодиагностического исследования.
2. Проведение психометрической диагностики ПТСР и определение степени выраженности основных симптомов в динамике (Опросник SCL-90).
3. Выявление уровня безнадежности и актуального суицидального риска.
4. Составление индивидуальной программы реабилитации (ИПР)
5. Снижение психоэмоционального напряжения, формирование оптимальной психологической реакции на последствия травмы.
6. Оценка эффективности и коррекция реабилитационных мероприятий.

### *Социальный блок:*

1. Помощь в социальной адаптации к новым условиям. Создание благоприятной психологической среды.
2. Знакомство с правилами и нормами ОМР.
3. Социальная диагностика уровня адаптации (СПА и ЭДА).
4. Коррекция, при необходимости, маршрута социального сопровождения с учётом социальных реабилитационных потребностей.
5. Вовлечение родственников пациента в реабилитационный процесс.
6. Оценка уровня социальных навыков (шкала Лайкерта)
7. Социально-психологические тренинги, направленные на повышение адаптивности, коммуникативных навыков, развитие эмоционального интеллекта, социального функционирования.
8. Вовлечение пациента с ПТСР в социальное служение, вне зависимости от физических возможностей (*вводятся новые служения, отвечающие возможностям пациента*).
9. Начало письменной работы по заданиям программы реабилитации. *При невозможности писать, читать, говорить (в связи с военной травмой) Социальный отдел привлекает пациентов из числа впередиидущих, для содействия пациентам с ПТСР.*
10. Постепенное включение пациента в культурно массовые мероприятия.

Для решения поставленных задач, используются следующие **диагностические и терапевтические инструменты:**

### **Реализуется врачом психиатром-наркологом:**

1. Проведение медицинского осмотра и обследования, включая динамическое наблюдение (при необходимости) для оценки общего состояния здоровья пациента и выявления осложнений и сопутствующих заболеваний. (в соответствии с Клиническими рекомендациями).
2. Информирование пациента об особенностях реабилитационного процесса, включая роли и функции врача и ответственность пациента на данном этапе.
3. Проведение динамического исследования на посттравматическое стрессовое расстройство (опросник CAPS при сборе анамнеза).
4. Коррекция или продолжение медикаментозной терапии, основанной на индивидуальных потребностях пациента и результатах медицинского обследования.
7. Оценка уровня патологического влечения к ПАВ с использованием опросников Альтшуллера/Винниковой.
8. Оценка посещения всех проводимых реабилитационных мероприятий на данном этапе.

**Реализуется медицинским психологом:**

1. Знакомство. Проведение первичного консультирования. Экспериментально-психологическое исследование, по назначению лечащего врача с уточнением цели повторного обследования.
2. Миссисипская шкала - проводится для первичной оценки посттравматических реакций (военный/гражданский вариант) при выявлении врачом ПТСР (если не проводилась на этапе предреабилитации).
3. Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 (проводится при установлении ПТСР по Миссисипской шкале) (от 1 до 4 баллов по каждой шкале) для формирования и отслеживания динамики клинического профиля пациента и мишеней терапевтических воздействий.
4. Информирование пациента об особенностях реабилитационного процесса, включая роли и функции медицинских психологов и ответственность пациента на данном этапе.
5. Консультирование и психообразование, направленные на снижение адаптационного стресса, профилактику обострения симптомов ПТСР.
6. Практические занятия по психологической коррекции симптомов ПТСР (индивидуальные и групповые).
7. Оценка уровня вовлеченности пациента в лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) по шкале Лайкерта для мониторинга его активности и участия в программе.

**Реализуется работниками социальной службы:**

1. Социальная паспортизация.
2. Ознакомление пациента с правилами и порядками подразделения под контролем специалистов для обеспечения его адаптации к новым условиям.
3. Проведение тестирования социально-психологической адаптации (СПА), эмоционально-деятельностной адаптации ЭДА.
4. Информирование пациента об особенностях реабилитационного процесса, включая роли и функции специалистов социальной службы и ответственность пациента на данном этапе.
5. Мониторинг социальных навыков: выполнение микросоциальных функций; ведение дневника чувств, взаимодействие с сотрудниками и резидентами (по шкале Лайкерта).
6. Поддержка адаптивных навыков «я» (создание позитивного отношения к терапии).
7. Мотивация пациента на посещение всех мероприятий, проводимых в ОМР, с обязательным разъяснением зачем они нужны.

**Длительность этапа:** до 14 дней.

**Специфика работы с пациентом:** Данный этап реабилитации является критически важным для успешного восстановления пациента, поскольку он определяет его готовность и способность к дальнейшему участию в реабилитационных программах. При этом необходимо учитывать, что пациенты с ПТСР могут испытывать значительные трудности в адаптации к новым условиям и требованиям реабилитационного отделения.

Обязательно посещение всех групповых реабилитационных мероприятий; выполнение заданий из специализированной рабочей тетради по профилактике ПТСР. Участие в развлекательных мероприятиях по желанию пациента.

Запрет на телефонные звонки, выход за пределы отделения (центра), за исключением поездок для дополнительных медицинских обследований или решения социальных задач.

### ***VR-технологии***

Инструменты реализации задач реабилитации пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), на основе технологии виртуальной реальности (VR) представляют собой комплекс специализированных компонентов, подбираемых лечащим врачом в соответствии с индивидуальными потребностями пациента, его психоэмоциональным состоянием и с учетом проводимой фармакотерапией.

#### *Направления применения:*

1. Терапия отвлечения, направленная на снижение уровня тревоги и стресса.
2. Виртуальные среды для десенсибилизации (VR-десенсибилизация): создание безопасных виртуальных ситуаций, позволяющих пациентам постепенно сталкиваться с триггерами их травм и снижать их влияние (этап адаптации).
3. Обучающие модули: симуляции ситуаций, в которых пациенты учатся навыкам управления стрессом, дыхательным техникам, релаксацией (этап адаптации).

В контексте медицинской реабилитации частота применения технологий виртуальной реальности (VR) варьируется в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и терапевтических целей.

В рамках стандартного курса реабилитации рекомендуется использовать VR-технологии **один раз в неделю начиная с этапа адаптационного стресса.**

При наличии у пациента высокого уровня тревожности, а также положительной динамики в изменениях психоэмоционального состояния рекомендовано увеличение частоты использования VR-технологий до **двух раз в неделю** для

поддержания достигнутых результатов и оптимизации реабилитационного процесса, по назначению лечащего врача и рекомендаций медицинского психолога.

*Ограничения к применению VR-технологий в лечении посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) выступают (рассматриваются индивидуально в каждом случае):*

- пациенты с выраженной агорафобией или клаустрофобией могут испытывать повышенный уровень тревожности и дистресса при погружении в виртуальное пространство, что может усугубить симптомы ПТСР;
- пациенты с когнитивными нарушениями могут не обладать достаточными когнитивными ресурсами для адекватного восприятия и обработки виртуальной информации, что может привести к неэффективности метода;
- психические расстройства, сопровождающиеся психотическими симптомами, также являются относительным противопоказанием к применению VR-технологий;
- эпилепсия или другие неврологические заболевания, которые под влиянием стимуляции, генерируемой VR-технологиями, может спровоцировать эпилептические припадки или другие нежелательные нейрофизиологические реакции.

### **КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ/ПЕРЕВОДА С ЭТАПА АДАПТАЦИОННОГО СТРЕССА**

<b>Время оценки</b>	<b>Критерии перевода</b>	<b>Целевые достижения</b>
<b>Компетенция врача</b>		
1. При поступлении	Синдром отмены ПАВ купирован	
2. Шкала В. Б. Альтшулера /М.А. Винниковой, при поступлении и переводе на этап интеграции/ выписке	Синдром патологического влечения к ПАВ редуцирован до «слабо выраженного» по шкале тяжести патологического влечения.	Ниже среднего
3. Ежедневно	Коморбидные состояния компенсированы в соответствии с Клиническими рекомендациями	
4. Ежедневно	Соматические заболевания компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями	
5. При поступлении и переводе на этап интеграции/выписке	Шкала для клинической динамики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale – CAPS)	

6. При переводе на следующий этап/выписке.	Посещение всех проводимых реабилитационных мероприятий не менее 80% объема ЛРП этапа.	
<b>Компетенция медицинского психолога</b>		
1. В динамике при высоких показателях	Оценка уровня тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS)	Проводится при поступлении и переводе на следующий этап.
2. При поступлении и в динамике.	Оценка безнадежности и суицидальных тенденции при их наличии в анамнезе(Шкала безнадежности Бека)	При клинически выраженных значениях тревоги и депрессии назначается оценка безнадежности(Шкала безнадежности Бека)
3. При высоких показателях «безнадежности»	Методика опросник «Факторы суицидного риска» исследование на суицидальный риск и суицидальные тенденции (ФСР-26) (проводится при высоких показателях безнадежности)	Проводится при высоких показателях безнадежности и при суицидальных намерения, планах и суицидальных попытках в анамнезе
4. При переводе на этап собственно адаптации	Симптоматический опросник SCL-90 (проводится при установлении ПТСР по Миссисипской шкале) (от 1 до 4 баллов по каждой шкале)	
5. При переводе на этап собственно адаптации	Уровень включенности в ЛРП	От 5 баллов по шкале Лайкерта ежедневно последние 5 дней перед переводом
<b>Компетенция социальной службы</b>		
1. Однократно при поступлении	Социальная паспортизация проведена	
2. Однократно при переводе с этапа адаптационного стресса на этап собственно адаптации	Опросник принятия норм и правил при переводе на этап собственно адаптации 80% <i>Написание минимум двух заданий из рабочей тетради пациента.</i>	
3. Ежедневно с фиксацией средней оценки за неделю по аналоговой шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни	Исполнение социальных служений	От 5 баллов по шкале Лайкерта
4. Ежедневно с фиксацией средней оценки за неделю по аналоговой шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни	Ведение дневника чувств	От 5 баллов по шкале Лайкерта

**Заключение:** Возможный суммарный терапевтический эффект на этапе 100% (15 баллов по 15 критериям). Пациент переводится на этап адаптации/выписывается для продолжения ЛРП в условиях РЦ/ГРЦ, ДНС/НД при достижении не менее 80% возможного эффекта (12 баллов и выше).

## ЭТАП СОБСТВЕННО АДАПТАЦИИ

Реализуется в ОМР КФ, ОМР КФ1, ОМР КФ2, ОМР КФ3, ОМР РЦ, ОМР НД

**Цель этапа:** формирование устойчивых навыков саморегуляции и совладания, достаточных для перехода к следующему терапевтическому этапу или для безопасного завершения курса реабилитации. На данном этапе достигается признание проблематики, стабилизация соматического и психоэмоционального состояния. Успешное прохождение этапа создает предпосылки для одной из двух стратегий:

- интеграция в специализированную терапевтическую среду для проведения контролируемой травмофокусированной терапии;
- интеграция в социальную среду с продолжением реабилитационного курса в амбулаторной программе на базе ГРЦ, НД.

### **Задачи этапа:**

#### *Медицинский блок:*

1. Оценка уровня патологического влечения к ПАВ с использованием опросников В. Б. Альтшулера /М.А. Винниковой
2. Компенсация/субкомпенсация соматических заболеваний и коморбидных психических и поведенческих расстройств.
3. Проведение динамического исследования на посттравматическое стрессовое расстройство (опросник CAPS при проведении совместных осмотров).
4. Коррекция или продолжение медикаментозной терапии, основанной на индивидуальных потребностях пациента и результатах медицинского обследования.
5. Преодоление анозогнозии на основе повышения информированности пациента об основном наркологическом и сопутствующем/конкурирующим коморбидном заболевании (врачебные лекции).
6. Оценка посещения всех проводимых реабилитационных мероприятий на данном этапе.
7. Консультация научного сотрудника и врача-психиатра перед переводом на интеграционный этап реабилитации.
8. Перед переводом на интеграционный этап реабилитации осуществляется комплекс дополнительных медицинских консультаций с привлечением профильных специалистов (невролог, терапевт, хирург, и другие специалисты в зависимости от специфики клинического случая и выявленных потребностей пациента).

#### *Психологический блок:*

1. Признание проблемы на когнитивном уровне.

2. Работа с формированием нормативной системы ценностей.
3. Преодоление анозогнозии на основе повышения информированности пациента об основном наркологическом и сопутствующем/конкурирующим коморбидном заболевании (психологические лекции).
4. Повышении мотивации на дальнейшее лечение в условиях реабилитации с погружением в «программу реабилитации участников СВО».
5. Обучение навыкам саморегуляции.
6. Формирование новых навыков совладания.
7. Помощь в процессе реакции на травматический опыт в безопасности терапевтической обстановки.

*Социальный блок:*

1. Оценка социальных навыков.
2. Активная всесторонняя помощь в социальной адаптации пациента в условиях реабилитационной среды. Создания благоприятных и безопасных условий.
3. Интеграция равного консультанта в терапевтический процесс для повышения приверженности лечению, через моделирование конструктивных стратегий совладания со стрессом.

Для решения поставленных задач используются следующие **диагностические, терапевтические и психотерапевтические/психокоррекционные инструменты:**

**Реализуется врачом психиатром-наркологом:**

1. Регулярное проведение медицинского осмотра и обследования, включая динамическое наблюдение при необходимости, для оценки общего состояния здоровья пациента и выявления осложнений и сопутствующих заболеваний. (в соответствии с Клиническими рекомендациями).
2. Осуществление медицинской (фармакотерапевтической, физиотерапевтической и пр.) помощи пациенту в рамках санации и стабилизации соматического и психического статуса.
3. Оценка уровня патологического влечения к алкоголю/наркотику (опросники В. Б. Альтшулера /М.А. Винниковой).
4. Определение вида, срока и частоты психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий в рамках реализации индивидуализированной программы реабилитации.
5. Мониторинг уровня динамики частоты, интенсивности и клинических проявлений ПТСР, оценка степени тяжести ПТСР.
6. Контроль и оценка посещения всех проводимых реабилитационных мероприятий на данном этапе.

## **Реализуется медицинским психологом:**

1. Формирование терапевтического альянса.
  2. Коррекция анозогнозии через структурированное психообразование о био-психо-социо-духовной модели зависимости и сочетанной патологии (Синдром зависимости и ПТСР).
  3. Развитие навыков эмоциональной и поведенческой саморегуляции (обучение навыкам совладения со стрессом/дистресс-толерантности, управления аффектом, тренировка навыков распознавания триггеров патологического влечения и симптомов ПТСР).
  4. Выявление дезадаптивных и формирование новых, адаптивных копинг-стратегий преодолевающего поведения в стрессовых ситуациях.
  5. Формирование навыков совладания и устойчивого внутреннего ресурса как обязательное условие для последующей безопасной и эффективной работы с травматическим опытом.
  6. Начало формирования нарратива болезни, устанавливающего взаимосвязь между травматическим опытом, симптомами ПТСР и паттернами употребления ПАВ и задающего направление поиска и оздоровления.
  7. Индивидуальная и групповая психотерапия:
    - Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): работа с автоматическими негативными мыслями, когнитивными искажениями, связанными как с зависимостью, так и с психотравмой.
    - Терапия, сфокусированная на стабилизации: диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) - информированные навыки регуляции эмоций, техники для управления тревогой и «флешбеками».
    - Терапия принятия и ответственности – Acceptance and Commitment Therapy (АСТ): развитие психологической гибкости, принятие внутреннего опыта без следования ему, укрепление ценностно ориентированного поведения.
  8. Изменение атрибуции смысла (изменить смысл, который пациент придает перенесенной психотравме, создать ощущение «контроля над травмой»).
- Примечание: экспозиционные методы на данном этапе не применяются. Работа с травматическим материалом начинается только после достижения устойчивой стабилизации и формирования достаточного набора навыков совладания.*
9. Диагностика и мониторинг эффективности:
    - опросник SCL (динамика выраженности психопатологической симптоматики и коррекции терапевтических мишеней);

- оценка уровня вовлеченности пациента в лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) по шкале Лайкерта для мониторинга его активности и участия в программе.

**Реализуется специалистом социальной службы:**

1. Оценка уровня социально- психологической адаптации (СПА), эмоционально-деятельностной адаптации (ЭДА).
2. Мониторинг вовлеченности в ЛРП. Ежедневная оценка по шкале Лайкерта динамики мотивации и участия в проводимых мероприятиях.
3. Тематические лекции.
4. Тренинговые программы, ориентированные на навыки:
  - ассертивного поведения и коммуникации;
  - занятия по техникам релаксации, основам осознанности.
5. Модерируемые встречи с привлечением социального работника «равный равному» (комбатанты, выздоравливающие зависимые)
6. Работа с социальным окружением:
  - информирование родственников о природе коморбидности (синдром зависимости+ПТСР)
  - коррекция дезадаптивных паттернов взаимодействия.
7. Межведомственное взаимодействие.
8. Составление индивидуального плана ресоциализации.

**Реализуется социальным работником:**

1. Ежедневное ведение шкалы Лайкерта с еженедельным отчетом Специалисту социальной службы
2. Проведение мероприятия с зачитыванием заданий и формированием навыка обратной связи (будни).
3. Утреннее собрание с отчетами микросоциальных служений коррекции поведения согласно распорядку ОМР (ежедневно)
4. Вечернее собрание с вычиткой самоанализа и необходимой коррекцией. (ежедневно)
5. Проведение мотивации для пациентов линейных отделений совместно с психологами и специалистами (один раз в неделю).
6. Коррекция и помощь проведения мероприятия «Большой круг» (ежедневно).
7. Проведение культурно-массовых мероприятий, фильм терапии, турниров, (выходные).

**Темы лекций этапа адаптации:**

1. Этапы лечения и выздоровления (медицинский психолог).
2. Концепция болезни. Стадии развития заболевания (специалист по социальной работе).

3. Био-психо-социо-духовная модель заболевания (медицинский психолог).
4. Клинические последствия болезни зависимости (врач).
5. Потребности (медицинский психолог).
6. Роль чувств в процессе выздоровления (медицинский психолог).
7. Механизмы психологической защиты (медицинский психолог).
8. Патологическое влечение (врач).
9. СПИД, ВИЧ. Профилактика, лечение, прогноз, некоторые правовые аспекты (врач).
10. Созависимость (медицинский психолог).
11. Стресс и стрессоустойчивость (медицинский психолог).
12. Любовь к себе (специалист по социальной работе).
13. Трезвое «Я», Зависимое «Я» (медицинский психолог).
14. Честность. Готовность. Открытость. (специалист по социальной работе)
15. Поиск новых смыслов (медицинский психолог).
16. Травма и отношения. Влияние травмы на привязанность и коммуникации (специалист по социальной работе).
17. ПТСР (врач).
18. Эмоции (гнев, страх) (медицинский психолог).
19. Кризис (специалист по социальной работе).
- Духовность (медицинский психолог).
20. Структура МНПЦ, (ГРЦ, РЦ, ДС, Диспансер) маршрут после выписки. (специалист по социальной работе).
21. Группы самопомощи АА/АН, Конструктивный план дня после выписки. (специалист по социальной работе).

***Психокоррекционные группы/Социальные тренинги (освоение инструментов управления эмоциями, травмофокусная работа:***

1. *Тренинг навыков:* формирование здорового образа жизни, развитие базовых коммуникативных компетенций, навыков принятия решений и преодоления повседневных трудностей.
2. *Тренинг эмоциональной регуляции:* развитие способности к идентификации и вербализации эмоциональных состояний, распознавание признаков тревоги и психофизиологического стресса. Отработка навыков снижения эмоционального напряжения и повышения стрессоустойчивости.
3. *Тренинг социального взаимодействия:* формирование навыков эффективной и безопасной коммуникации, установления и поддержания личных границ в контексте восстановления социальных связей.

#### *4. Когнитивно-личностная коррекция и целеполагание:*

- Группа по развитию самоотношения и образа «Я»: коррекция негативных убеждений о себе, исследование структуры и формирование более интегрированной, позитивной «Я - концепции».
- Развитие навыков целеполагания, принятие решений и уверенности в себе: Развитие реалистичного планирования, анализ внутренних и внешних препятствий, выявление и коррекцию когнитивных искажений, ведущих к неуверенности.
- Группа по работе с когнитивными искажениями (КПТ/АСТ).

5. Специализированные терапевтические модули для работы с последствиями травмы и зависимого поведения.

#### ***Индивидуальные аналитические задания этапа адаптации***

1. Личная история химической зависимости.
2. 10 «+», 10 «-» употребления
3. 10 болезненных последствий
4. Мотивация для базовой программы
5. Попытки достичь трезвости
6. Субличности
7. Карта поддержки/Кризисная карта (Seeking Safety)
8. Потребности
9. Пять сфер жизни «До и после» (из СРТ)
10. Ценности (АСТ)

**Длительность этапа:** до 6 недель.

**Специфика работы с пациентом:** обязательно участие в групповых реабилитационных мероприятиях, а также активное вовлечение в культурно-массовую и спортивно-оздоровительную деятельность.

Необходимо инициировать и последовательно реализовывать программы по коррекции проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), включая систематическое выполнение заданий из специализированной рабочей тетради, направленной на профилактику данного состояния.

В случае стационарного лечения пациентам предоставляется возможность осуществления телефонных коммуникаций в соответствии с утвержденным графиком, а также регламентированный выход на внешние мероприятия в сопровождении квалифицированного персонала.

## КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ/ПЕРЕВОДА С ЭТАПА АДАПТАЦИИ

Время оценки	Критерии перевода	Целевые достижения
<b>Компетенция врача</b>		
1. При поступлении	1 Синдром отмены ПАВ купирован	
2. Оценка уровня патологического влечения к алкоголю/наркотику (В. Б. Альтшулера /М.А. Винниковой), при поступлении и переводе на этап интеграции/ выписке	2. Синдром патологического влечения к ПАВ редуцирован до «слабо выраженного» по шкале тяжести патологического влечения.	
3. Ежедневно	3. Коморбидные состояния компенсированы в соответствии с Клиническими рекомендациями	
4. Ежедневно	4. Соматические заболевания компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями	
5. При поступлении и переводе на этап интеграции/выписке	6. Шкала для клинической динамики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale – CAPS)	
6. При переводе на следующий этап/выписке.	7. Посещение всех проводимых реабилитационных мероприятий не менее 80% объема ЛРП этапа.	
<b>Компетенция медицинского психолога</b>		
1. При поступлении в ОМП (в динамике при высоких показателях)	Оценка уровня тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).	Ниже 7 баллов по шкале тревоги и депрессии.
2. При поступлении и в динамике.	Оценка безнадежности и суицидальных тенденции при их наличии в анамнезе.	Ниже 9 баллов
3. При высоких показателях «безнадежности»	Методика опросник «Факторы суицидного риска» исследование на суицидальный риск и суицидальные тенденции (ФСР-26) (проводится при высоких показателях безнадежности).	Консультация психиатра при наличии показателей выше 4 баллов по шкалам: склонности к суицидальным реакциям, устойчивость к психоэмоциональным нагрузкам.
4. По завершению этапа адаптационного стресса	Проведение психологического исследования для анализа клинических проявлений ПТСР, включая когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты.	

5. При поступлении и при выписке/перевode	Симптоматический опросник SCL-90 (проводится при установлении ПТСР по Миссисипской шкале) (от 1 до 4 баллов по каждой шкале)	Общий индекс тяжести симптомов меньше 1,8 баллов Индекс наличного симптоматического дистресса меньше 1,8 баллов
6. При переводе на этап интеграции или выписке	Динамическая оценка уровня анозогнозии по опроснику НИПИ им. Бехтерева.	Анозогнозия (опросник НИПИ Бехтерева) от 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3, №4 и №5.
7. При переводе на интеграционный этап или выписке	Динамическая оценка уровня готовности пациента к изменению поведения и стремления к лечению при употреблении алкоголя или наркотиков в динамике по опроснику «SOCRATES»;	«SOCRATES» с оценкой по шкалам: признание (33 балла); амбивалентность (16 баллов); активные действия – (34 балла)
8. При переводе на этап интеграции	Оценка уровня вовлеченности пациента в лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) по шкале Лайкерта для мониторинга его активности и участия в программе.	Уровень включенности в ЛРП (от 5 баллов по шкале Лайкерта ежедневно последние 7 дней перед переводом на этап интеграции)
<b>Компетенция социальной службы</b>		
1. Однократно при поступлении на этап адаптации	Социальная паспортизация проведена	
2. При переводе на этап интеграции	Оценка уровня социально-психологической адаптации (СПА)	Не ниже 5 баллов
3. При переводе на этап интеграции	Оценка уровня эмоционально-деятельностной адаптации (ЭДА)	Не выше 10 баллов
4. Однократно при переводе с этапа адаптационного стресса на этап собственно адаптации	Опросник принятия норм и правил при переводе на этап собственно адаптации <i>Написание минимум двух заданий из рабочей тетради пациента.</i>	
5. Еженедельно с фиксацией средней оценки за неделю по аналоговой шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни	Исполнение социальных служений	От 5 баллов по шкале Лайкерта
6. Еженедельно с фиксацией средней оценки за неделю по аналоговой шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни	Ведение дневника чувств	От 5 баллов по шкале Лайкерта
7. При переводе на этап интеграции	Написание и сдача заданий из рабочей тетради пациента, на мероприятия или лично социальному работнику.	

8. При переводе на этап интеграции.	Пациент согласен с необходимостью продолжения лечения и пошагово знает свой дальнейший социальный маршрут.	
9. При переводе на этап интеграции	Родственники пациента также полностью проинформированы.	

**Заключение:** Возможный суммарный терапевтический эффект на этапе 100% (20 баллов по 20 критериям). Пациент переводится на этап интеграции/выписывается для продолжения ЛРП в условиях РЦ/ГРЦ, ДНС/НД при достижении не менее 80% возможного эффекта (16 баллов и выше).

## ЭТАП ИНТЕГРАЦИИ

### для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ)

Реализуется в ОМР РЦ, ГРЦ

**Цель этапа:** поддержания достигнутых результатов адаптационного этапа и более интенсивная интеграции в терапевтическую среду, направленную на стабилизацию психофизического состояния, формирование нормативных личностных и социальных качеств, а также восстановление семейных отношений. На интеграционном этапе осуществляется плавный переход от информационно-ориентировочного процесса, направленного на достижение глубокого понимания пациентом сути проблемы, к обучающему процессу, акцентированному на приобретении навыков и стратегий решения проблем, а также на развитие способности к профилактике рецидива заболевания.

#### **Задачи этапа:**

*Медицинский блок:*

1. Оценка уровня патологического влечения к ПАВ с использованием опросников В. Б. Альтшулера /М.А. Винниковой.
2. Компенсация/субкомпенсация соматических заболеваний и коморбидных психических и поведенческих расстройств.
3. Проведение динамического исследования на посттравматическое стрессовое расстройство (опросник CAPS при проведении совместных осмотров).
4. Коррекция или продолжение медикаментозной терапии, основанной на индивидуальных потребностях пациента и результатах медицинского обследования.
5. Преодоление анозогнозии на основе повышения информированности пациента об основном наркологическом и сопутствующем/конкурирующим коморбидном заболевании (врачебные лекции).
6. Оценка посещения всех проводимых реабилитационных мероприятий на данном этапе.
7. При необходимости коррекция индивидуальной программы реабилитации с учетом индивидуальных особенностей пациента и его динамика на предыдущих этапах реабилитации.
8. Динамическое консультирование у научного сотрудника и врача-психиатра при отсутствии или незначительной динамики в процессе медицинской реабилитации.

9. При наличии оснований или в рамках динамического наблюдения и курирования пациента осуществляется комплекс дополнительных медицинских консультаций с привлечением профильных специалистов (невролог, терапевт, хирург, и другие специалисты в зависимости от специфики клинического случая и выявленных потребностей пациента).

*Психологический блок:*

1. Интеграция пациентов в терапевтическую среду реабилитационного отделения (центра).
2. Формирование и закрепление устойчивой группы пациентов для реализации групповой работы.
3. Усиление мотивации на пролонгированное участие в реабилитационном процессе.
4. Проведение психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, направленных на восстановление когнитивного и эмоционального функционирования.
5. Формирование целенаправленной деятельности и ответственности за свое поведение.
6. Повышение нормативных уровней притязаний и социальных интересов.
7. Обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям.
8. Обучение навыкам идентификации предвестников рецидивов аддиктивного поведения и методам преодоления симптомов посттравматического стрессового расстройства.
9. Мотивирование на постоянное сотрудничество с членами мультидисциплинарной бригады.
10. Проведение семейной терапии для восстановления и укрепления семейных связей и семейного психообразования.
11. Групповая и индивидуальная психокоррекционная и психотерапевтическая работа в отношении симптомов и проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

*Социальный блок:*

1. Углублённая социальная адаптация пациента.
2. Расширение социальной активности пациента в условиях РЦ, *помощь в преодолении трудностей, связанных с физическими особенностями.*
3. Формирование устойчивых поведенческих паттернов в рамках социально-психологического тренинга, *включение пациента в поддерживающую, безопасную среду.*

4. Социальное планирование и подготовка пациента к переводу на амбулаторную программу через закрепление его в социальных группах поддержки из числа бывших участников реабилитации.

5. Вовлечение родственников для решения социальных проблем пациента, восстановление или формирование социальных связей пациента с его родственниками.

6. *Комплексное вовлечение всех субъектов, задействованных в процессе социализации пациента, включая межведомственные структуры.*

Для решения поставленных задач используются следующие **диагностические, терапевтические и психотерапевтические/ психокоррекционные инструменты:**

**Реализуется врачом психиатром-наркологом:**

1. Регулярное проведение медицинского осмотра и обследования, включая динамическое наблюдение при необходимости, для оценки общего состояния здоровья пациента и выявления осложнений и сопутствующих заболеваний. (в соответствии с Клиническими рекомендациями).

2. Осуществление медицинской (фармакотерапевтической, физиотерапевтической и пр.) помощи пациенту в рамках санации и стабилизации соматического и психического статуса.

3. Оценка уровня патологического влечения к алкоголю/наркотику (опросники В. Б. Альтшулера /М.А. Винниковой).

4. Определение вида, срока и частоты психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий в рамках реализации индивидуализированной программы реабилитации.

5. Мониторинг уровня динамики частоты, интенсивности и клинических проявлений ПТСР, оценка степени тяжести ПТСР.

6. Контроль и оценка посещения всех проводимых реабилитационных мероприятий на данном этапе.

7. Корректировка реабилитационных программ, на основе полученных данных для достижения оптимальных результатов.

**Реализуется медицинским психологом:**

1. Выработка навыков профилактики аддиктивного влечения, определения его симптомов и проявлений, как отдельного феномена, так в сочетании с симптоматикой ПТСР.

2. Закрепление навыков рефлексивной способности оценки своего актуального состояния.

3. Консультирование и дальнейшее психообразование, направленные на проработку и решение проблем, обусловленных посттравматическим стрессовым расстройством.
4. Коррекция негативных внутриличностных изменений (изменение иерархии ценностей, трансформации «Я»-образа (в особенности физического образа), временной направленности, преодоление неадекватных механизмов психологической защиты).
5. Продолжение коррекции эмоциональной, мотивационной, ценностно-смысловой сфер, формирование копинг-компетентности, обеспечивающих реабилитационную приверженность личности к активному участию в бытовой, образовательной, межличностной, культурно-досуговой, а также здоровьесберегающей деятельности и др.
6. Проработка глубинных переживаний (обида, одиночество (изоляция), потеря самоэффективности, потеря близких боевых товарищей, чувство вины выжившего, идентификация себя с убитыми, последствия пребывания в плену, смысла жизни и др.).
7. Устранение и/или снижение уровня психогенных реакций, сопровождающих травматическое расстройство («флэш-бек» эффекты; тревога, страх, гнев, агрессия/аутоагрессия, сниженный фон настроения и др.).
8. Продолжение психокоррекционной работы с родственниками пациентов и значимыми другими лицами.
9. Профилактика срывов и рецидивов заболевания, направленная на повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска (тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска), выполнение заданий по тетради профилактики рецидива с целью повышения самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с риском рецидива.
10. Профилактика поведенческих форм зависимого поведения (гемблинг, интернет-зависимость и проч.) с привлечением специалистов центра профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей.
11. Проведение индивидуальной и групповой психотерапии/ психокоррекционной работы с использованием методов и техник: когнитивно-поведенческой терапии, семейной психотерапии, кататимно-имагинативной психотерапии (символдрама), экзистенциальной психотерапии, гештальт-терапии, арт-терапии, психодрамы, нарративно-экспозиционной психотерапии, методов психологической саморегуляции, травмо-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии и других психотерапевтических подходов по согласованию с лечащим врачом.
12. Разработка индивидуальных планов будущего, учитывающих личные цели и возможности пациентов.

### 13. Диагностика и мониторинг эффективности:

- опросник SCL (динамика выраженности психопатологической симптоматики и коррекции терапевтических мишеней);
- оценка уровня тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS));
- Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный/гражданский вариант);
- оценка уровня вовлеченности пациента в лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) по шкале Лайкерта для мониторинга его активности и участия в программе;
- динамическая оценка уровня анозогнозии по опроснику НИПИ им. Бехтерева;
- динамическая оценка уровня готовности пациента к изменению поведения и стремления к лечению при употреблении алкоголя или наркотиков в динамике (по опроснику «SOCRATES»).

### **Реализуется специалистами социальной службы:**

1. Проведение психосоциальной поддержки с близкими для поддержки процесса восстановления.
2. Социальная реабилитация и адаптация к социальной жизни, восстановление навыков социального взаимодействия.
3. Трудотерапия, физическая активность. *Учитывая физические возможности пациента. При необходимости - введение новых трудотерапевтических мероприятий.*
4. Работа с формированием нормативной системы ценностей.
5. Обучение приемам эффективной коммуникации и выхода из конфликтных ситуаций.
6. Мониторинг выполнения заданий из специализированной рабочей тетради для профилактики ПТСР/ рабочей тетради по 12-ти шаговой модели реабилитации.
7. Привлечение пациентов к участию в работе групп само- и взаимопомощи.
8. Тематические лекции по социальным аспектам зависимого поведения и ПТСР.
9. Социально-психологические тренинги (личностного роста, ассертивности, коммуникативных навыков и др.).
10. Составление индивидуального плана ресоциализации и восстановление навыков самостоятельной жизни в условиях мирного времени.
11. Межведомственное взаимодействие для оказания социальной помощи и организации социальной работы пациентам с ПТСР.
12. Диагностика и мониторинг эффективности:

- оценка уровня социально-психологической и эмоционально-деятельностной адаптации по опросникам СПА и ЭДА (Фетискин Н.П., 2002);
- мониторинг исполнения социальных служений пациента (шкала Лайкерта);
- мониторинг уровня включенности в лечебно-реабилитационный процесс (шкале Лайкерта);
- мониторинг ведения дневника чувств (шкала Лайкерта).

*13.Телесно ориентированная терапия.Обучение техникам расслабления, посещение комнаты релаксации (2 раза в неделю) и ежедневные вечерние медитации.*

**Длительность этапа:** устанавливаются в зависимости от динамики пациента в процессе реабилитации и определяются коллегиально членами мультидисциплинарной бригады (до 6 месяцев).

**Специфика работы с пациентом:**на интеграционном этапе осуществляется плавный переход от информационно-ориентировочного процесса, направленного на достижение глубокого понимания пациентом сути проблемы, к обучающему процессу, акцентированному на приобретении навыков и стратегий решения проблем, а также на развитии способности противостоять болезни и стрессовым ситуациям, которые могут способствовать рецидивам заболевания.

Для реализации данного этапа ЛРП необходимо обязательное систематическое участие в групповых реабилитационных мероприятиях, коррекции проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), включая систематическое выполнение заданий из специализированной рабочей тетради, направленной на профилактику данного состояния. Индивидуальная работа с коррекцией посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Активное вовлечение в культурно-массовые и спортивно-оздоровительные программы.

При стационарном лечении: регламентированные телефонные звонки и контролируемые выходы из отделения (центра) для участия во внешних мероприятиях в сопровождении медицинского персонала.

## КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ/ПЕРЕВОДА С ЭТАПА ИНТЕГРАЦИИ

Время оценки	Критерии перевода	Целевые достижения
<b>Компетенция врача психиатра -нарколога</b>		
1. При поступлении	Синдром отмены ПАВ купирован	
2. Опросник В. Б. Альтшулера /М.А. Винниковой, при поступлении и переводе на этап стабилизации/выписке	Синдром патологического влечения к ПАВ редуцирован до «слабо выраженного» по шкале тяжести патологического влечения.	
3. Ежедневно	Коморбидные состояния компенсированы в соответствии с Клиническими рекомендациями	
4. Ежедневно	Соматические заболевания компенсированы в соответствии с Клиническими Рекомендациями	
5. При поступлении и переводе на этап интеграции/выписке	Структурированное клиническое диагностическое интервью (ШОТ) при совместном осмотре.	
6. При поступлении и переводе на этап интеграции/выписке	Шкала для клинической динамики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale – CAPS)	
7. При переводе на следующий этап/выписке.	Посещение всех проводимых реабилитационных мероприятий не менее 80% объёма ЛРП этапа.	
<b>Компетенция медицинского психолога</b>		
1. При переводе на этап стабилизации /выписке.	Оценка уровня тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (в динамике при высоких показателях)	Ниже 7 баллов по шкале тревоги и депрессии.
2. При переводе на этап стабилизации /выписке.	Оценка безнадежности и суицидальных тенденции при их наличии в анамнезе (Шкала безнадежности Бека)	При клинических показателях по HADS ниже 9 баллов
3. При высоких показателях «безнадежности».	Методика опросник «Факторы суицидного риска» исследование на суицидальный риск и суицидальные тенденции (ФСР-26) (проводится при высоких показателях безнадежности)	Консультация психиатра при наличии показателей выше 4 баллов по шкалам: склонности к суицидальным реакциям, устойчивость к психоэмоциональным нагрузкам.

4. При переводе на этап стабилизации/выписке	Динамическая оценка проявлений ПТСР Обязательное -Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный/гражданский вариант).	Результат соответствует значениям шкалы ПТСР 83±16 баллов
5. При переводе на этап стабилизации/выписке	Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 (проводится при установлении ПТСР по Миссисипской шкале) (от 1 до 4 баллов по каждой шкале)	Общий индекс тяжести симптомов меньше 1,8 баллов Индекс наличного симптоматического дистресса меньше 1,8 баллов
6. При переводе на этап стабилизации/выписке	Динамическая оценка уровня анозогнозии по опроснику НИПИ им. Бехтерева	Анозогнозия (опросник НИПИ Бехтерева) от 0 баллов и ниже по шкалам №1, №2, №3, №4, №5, №6 и №7
7. При переводе на этап стабилизации/выписке	Динамическая оценка уровня готовности пациента к изменению поведения и стремления к лечению при употреблении алкоголя или наркотиков в динамике по опроснику «SOCRATES»	«SOCRATES» с оценкой по шкалам: признание (от 34 балла); амбивалентность (от 17 баллов): активные действия – (от 35 баллов)
8. При переводе на этап стабилизации/выписке	Оценка уровня вовлеченности пациента в лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) по шкале Лайкерта для мониторинга его активности и участия в программе.	Уровень включенности в ЛРП (от 7 баллов по шкале Лайкерта ежедневно последние 7 дней перед переводом на этап стабилизации)
<b>Компетенция специалиста по социальной работе</b>		
1. При переводе на этап стабилизации/выписке.	Оценка уровня социально-психологической адаптации (СПА)	Не ниже 6-7 баллов
2. При переводе на этап стабилизации/выписке.	Оценка уровня эмоционально-деятельностной адаптации (ЭДА)	Не выше 3 баллов
3. Ежедневно с фиксацией средней оценки за неделю по шкале Лайкерта в	Исполнение социальных служений	от 7 баллов по шкале Лайкерта

дневнике в истории болезни		
4. Ежедневно с фиксацией средней оценки за неделю по шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни	Ведение дневника чувств	Исполнение социальных служений (от 7 баллов по шкале Лайкерта)
5. Ежедневно с фиксацией средней оценки за неделю по шкале Лайкерта в дневнике в истории болезни	Мониторинг выполнения заданий из специализированной рабочей тетради для профилактики ПТСР/ рабочей тетради по 12-ти шаговой модели реабилитации.	Исполнение социальных служений (от 7 баллов по шкале Лайкерта)
6. При переводе на этап стабилизации, выписке.	Пациент согласен с необходимостью продолжения лечения и пошагово знает свой дальнейший социальный маршрут.	
7. При переводе на этап стабилизации, выписке.	Родственники пациента полностью проинформированы и по возможности вовлечены в процесс социальной адаптации.	

**Заключение:** Возможный суммарный терапевтический эффект на этапе 100% (20 баллов по 20 критериям). Пациент переводится на этап амбулаторной стабилизации/выписывается для продолжения ЛРП на этапе амбулаторной стабилизации в условиях ГРЦ/ОМР НД при достижении не менее 80% возможного эффекта (16 баллов и выше).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные методические рекомендации формируют целостную, структурированную модель медицинской реабилитации наркологических пациентов — участников специальной военной операции — с коморбидной патологией в виде синдрома зависимости и посттравматического стрессового расстройства. Этапный характер лечебно-реабилитационного процесса обеспечивает клиническую обоснованность вмешательств, преемственность оказания помощи и возможность индивидуализации реабилитационных маршрутов с учетом психического, соматического и социального статуса пациента.

Интеграция медицинских, психологических и социальных компонентов реабилитации позволяет не только стабилизировать состояние пациента и снизить выраженность симптомов ПТСР и патологического влечения к психоактивным веществам, но и создать условия для формирования устойчивой мотивации к лечению, повышения приверженности лечебно-реабилитационному процессу и профилактики рецидивов. Особое значение придается формированию терапевтического альянса, преодолению анозогнозии и развитию навыков саморегуляции и совладания, являющихся ключевыми факторами долгосрочного выздоровления.

Разработанная система критериев оценки эффективности на каждом этапе реабилитации обеспечивает объективный мониторинг динамики состояния пациента, своевременную коррекцию индивидуальных программ и принятие клинически обоснованных решений о переводе на последующие этапы лечения. Включение в реабилитационный процесс родственников, равных консультантов и межведомственных ресурсов способствует расширению поддерживающей среды и повышает устойчивость достигнутых результатов.

Реализация данных методических рекомендаций в практике наркологических медицинских организаций позволяет повысить качество и доступность специализированной помощи участникам СВО, снизить риск дезадаптации и повторных госпитализаций, а также способствует успешной ресоциализации пациентов и их интеграции в мирную жизнь. Использование предложенной модели может рассматриваться как перспективное направление развития системы медицинской реабилитации лиц с сочетанными наркологическими и посттравматическими расстройствами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации // Вопросы наркологии. – 2015. – № 3. – С. 87–107.
2. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков / Под ред. Ф. Траутманна, Ю.В. Валентика, Ю.А. Ходнева. – Ярославль, 2002. – 310 с.
4. Батищев В.В., Батищева Н.В. Стационарная программа психотерапии и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Методическое пособие. – М., 2007.
5. Баттертон К. А., Хейл К. Н. Шкала Лайкерта: что это такое и как её использовать // Phalanx. – 2017. – Т. 50. – № 2. – С. 32–39. Batterton K. A., Hale K. N. The Likert Scale: What It Is and How to Use It // Phalanx. – 2017. – Vol. 50(2). – P. 32–39.
6. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: системная индивидуальная и социальная. – М.: Академический проект, Гаудеамус, 2015.
7. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. – Ростов н/Д: Феникс, 1996.
8. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами // Российский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 45–49.
9. Буизман В. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ / Руководство по проведению тренингов. – М.: УНП ООН, 2007. – 57 с.
10. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Нолидж, 2000а. – С. 295–308.
11. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Нолидж, 2000.
12. Власовских Р.В., Гаспер И.Б., Давлетов Л.А., Копоров С.Г., Агибалова Т.В., Вальчук Д.С. Оценка эффективности программы реабилитации зависимых от психоактивных веществ в амбулаторном реабилитационном отделении наркологического диспансера // Вопросы наркологии. – 2013. – № 3. – С. 60–69.
13. Гринберг Д. Управление стрессом. – СПб., 2002. – 496 с.

14. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.Л. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных. Пособие для врачей. – СПб., 2002.
15. Гош А., Сингх П., Дас Н. и др. Эффективность краткого вмешательства при вредном и опасном употреблении алкоголя: систематический обзор и мета-анализ исследований из стран с низким и средним уровнем дохода // *Addiction*. – 2022. – Vol. 117(3). – P. 545–558. Ghosh A., Singh P., Das N., et al. Efficacy of Brief Intervention for Harmful and Hazardous Alcohol Use: A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies from Low- and Middle-Income Countries // *Addiction*. – 2022. – Vol. 117(3). – P. 545–558. DOI: 10.1111/add.15613.
16. Гица А., Гутьеррес-Мальдонадо Х. Применение виртуальной реальности у лиц со злоупотреблением алкоголем: систематический обзор // *Addictive Behaviors*. – 2018. – Vol. 81. – P. 1–11. Ghiță A., Gutiérrez-Maldonado J. Applications of Virtual Reality in Individuals with Alcohol Misuse: A Systematic Review // *Addictive Behaviors*. – 2018. – Vol. 81. – P. 1–11. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.01.036.
17. Главак-Ткалич Р., Шимунович М., Перич Павишич К. и др. Виртуальная реальность в профилактике и лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ: систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. – 2025. – Vol. 32(4). – e70144. Glavak-Tkalić R., Šimunović M., Perić Pavišić K., et al. Virtual Reality in Prevention and Treatment of Substance-Related Disorders: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. – 2025. – Vol. 32(4). – e70144. DOI: 10.1002/cpp.70144.
18. Даренский И.Д. Психотерапевтический процесс в наркологической клинике. – М., 2006. – 351 с.
19. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011.
20. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / Под ред. С.А. Беличевой. – М., 1996.
21. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др. Реабилитационные мероприятия в наркологии, проводимые в амбулаторных условиях // *Наркология*. – 2004. – № 9. – С. 48–52.
22. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // *Вопросы наркологии*. – 2008. – № 3. – С. 80–93.

23. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории: Методические рекомендации. – М., 2004. – 57 с.
24. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации. – М., 2001.
25. Емельянова Е.В. Психологические проблемы современных подростков и их решение в тренинге. – М.: Генезис, 2015.
26. Йосхи А. и др. Шкала Лайкерта: исследование и объяснение // *British Journal of Applied Science & Technology*. – 2015. – Т. 7. – № 4. – С. 396–403. Joshi A., Kale S., Chandel S., Pal D. K. Likert Scale: Explored and Explained // *British Journal of Applied Science & Technology*. – 2015. – Vol. 7(4). – P. 396–403.
27. Джозеф Дж., Басу Д. Эффективность кратких вмешательств в снижении опасного или вредного употребления алкоголя в странах со средним уровнем дохода // *Alcohol and Alcoholism*. – 2017. – Vol. 52(1). – P. 56–64. Joseph J., Basu D. Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials // *Alcohol and Alcoholism*. – 2017. – Vol. 52(1). – P. 56–64. DOI: 10.1093/alcalc/agw054.
28. Кадден Р. М. Когнитивно-поведенческая терапия при зависимости от психоактивных веществ: тренировка навыков совладания. – Университет Коннектикута, 2001. – 28 с. Kadden R. M. Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training. – University of Connecticut, 2001. – 28 p.
29. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995.
30. Копытин А.И. Руководство по групповой арт-терапии. – СПб.: Речь, 2003.
31. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). – М., 2010.
32. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2012.
33. Кёркель Й. Поведенческое самоуправление у проблемных пьющих: годичное катартистическое исследование // *Addiction Research & Theory*. – 2006. – Т. 14. – № 1. – С. 35–49. Koerkel J. Behavioural Self-Management with Problem Drinkers: One-Year Follow-Up of a Controlled Drinking Group Treatment Approach // *Addiction Research & Theory*. – 2006. – Vol. 14(1). – P. 35–49.
34. Крузе К. С., Ли К., Уотсон Дж. Б. и др. Показатели эффективности, результативности и качества телемедицины в лечении алкогольной зависимости и реабилитации: систематический обзор // *Journal of Medical*

- Internet Research. – 2020. – Vol. 22(1). – e13252. Kruse C. S., Lee K., Watson J. B., et al. Measures of Effectiveness, Efficiency, and Quality of Telemedicine in the Management of Alcohol Abuse, Addiction, and Rehabilitation: Systematic Review // Journal of Medical Internet Research. – 2020. – Vol. 22(1). – e13252. DOI: 10.2196/13252.
35. Кулаков С.А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. – СПб.: Речь, 2004.
36. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб.: Речь, 2003.
37. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991.
38. Манухина Н. Созависимость глазами системного терапевта. – М.: Класс, 2011.
39. Миллер У. Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: подготовка людей к изменению аддиктивного поведения. – Нью-Йорк: Guilford Press, 1991. Miller W. R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. – New York: Guilford Press, 1991.
40. Мольфентер Т., Бойл М., Холлоуэй Д., Цвик Дж. Тенденции использования телемедицины в лечении зависимости // Addiction Science & Clinical Practice. – 2015. – Vol. 10. – 14. Molfenter T., Boyle M., Holloway D., Zwick J. Trends in Telemedicine Use in Addiction Treatment // Addiction Science & Clinical Practice. – 2015. – Vol. 10. – 14. DOI: 10.1186/s13722-015-0035-4.
41. Монарк М., Сабетти Дж., Феррари М. Цифровые вмешательства при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, у молодежи: быстрый обзор // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. – 2023. – Vol. 18(1). – 13. Monarque M., Sabetti J., Ferrari M. Digital Interventions for Substance Use Disorders in Young People: Rapid Review // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. – 2023. – Vol. 18(1). – 13. DOI: 10.1186/s13011-023-00518-1.
42. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 336 с.
43. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М., 2015.
44. Морейра Т. де С., Синьор Л., Фигейро Л. Р. и др. Несоблюдение режима телемедицинских вмешательств среди потребителей наркотиков: систематический обзор // Revista de Saúde Pública. – 2014. – Vol. 48(3). – P. 521–531. Moreira T. de C., Signor L., Figueiró L. R., et al. Non-Adherence to Telemedicine Interventions for Drug Users: Systematic Review // Revista de Saúde Pública. – 2014. – Vol. 48(3). – P. 521–531. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005130.

45. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Российская газета. – 2011. – 23 ноября.
46. Плешко В.И., Сулейманов Р.Ф. Реабилитация эмоционально-волевой сферы у лиц с алкогольной и наркотической зависимостью: в помощь клиническим и социальным психологам, работающим в наркологических учреждениях. – Казань: Познание, 2021. – 170 с.
47. Программа амбулаторной медицинской реабилитации лиц с наркологическими расстройствами / Сост.: А.В. Масыкин, Т.В. Агибалова, Е.И. Боровков [и др.]. – М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2025. – 88 с.
48. Программа медицинской реабилитации для взрослого населения с наркологическими расстройствами (МКБ-10 F10-F19) / Сост.: А.В. Масыкин, Т.В. Агибалова, Е.И. Боровков, В.В. Шипицын, Е.А. Лактаева, И.В. Семеника, В.Ф. Егоров. – М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2024. – 131 с.
49. Программа медицинской реабилитации для детей и подростков с наркологическими расстройствами (МКБ-10 F10-F19) / Сост.: А.В. Масыкин, В.Я. Готлиб, Т.В. Агибалова, Е.И. Боровков, О.В. Зыков, Е.В. Голованова, Р.В. Гриднев, О.Ж. Бузик, А.А. Чудаева, В.В. Шипицын, И.И. Кравченко. – М.: ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», 2023. – 196 с.
50. Психокоррекция и психотерапия в медицинской реабилитации: учебное пособие / Постнов В.В., Никифоров И.А., Костюк Г.П. [и др.]; ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. – М.: Постер-М, 2023. – 72 с.
51. Пузин С.Н., Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Лактаева Е.А. Функциональный подход в реабилитации больных алкогольной зависимостью: монография. – М.: Социум, 2010. – 98 с.
52. Рахлин Х. Наука самообладания. – Кембридж, Массачусетс: Издательство Гарвардского университета, 2000. Rachlin H. The Science of Self-Control. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 2000.
53. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя». – М., 2024.
54. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление». – М., 2024.
55. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ». – М., 2024.

56. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: Эксмо-Пресс, 1999.
57. Рыбакова К.В. и др. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадaptации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 4.
58. Семке В.Я., Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д. Персонология и психотерапия. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2009. – 520 с.
59. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито-Центр, 2006. – 366 с.
60. Таннер-Смит Э. Э., Парр Н. Дж., Швейер-Коллинз М., Сайц Р. Эффекты кратких вмешательств по вопросам употребления психоактивных веществ в условиях общей медицинской практики: систематический обзор и мета-анализ // *Addiction*. – 2022. – Vol. 117(4). – P. 877–889. Tanner-Smith E. E., Parr N. J., Schweer-Collins M., Saitz R. Effects of Brief Substance Use Interventions Delivered in General Medical Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Addiction*. – 2022. – Vol. 117(4). – P. 877–889. DOI: 10.1111/add.15674.
61. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. – М.: Когито-Центр, 2015.
62. Томбс Д. Л., Осборн К. Дж. Введение в аддиктивное поведение. – Guilford Publications, 2019. Thombs D. L., Osborn C. J. Introduction to Addictive Behaviors. – Guilford Publications, 2019.
63. Уайнхолд Б. Освобождение от созависимости. – М.: Класс, 2002. – 321 с.
64. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.
65. Хамфрис К. Анонимные Алкоголики и 12-шаговые программы лечения алкоголизма // *Recent Developments in Alcoholism*. – 2003. – № 16. – P. 64–149. Humphreys K. Alcoholics Anonymous and 12-Step Alcoholism Treatment Programs // *Recent Developments in Alcoholism*. – 2003. – Vol. 16. – P. 64–149.
66. Хитер Н. Терапевтические подходы к алкогольным проблемам // Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия. – 1999. – № 65.
67. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. – М., 2001. – 48 с.
68. Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики / Пер. с англ. – М., 2003.
69. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости. – СПб.: СпецЛит, 2016. – 416 с.

70. Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э., Манувальд О. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. – М., 2008.
71. Ялом И.Д., Лесц М. Групповая психотерапия. – 5-е изд. – СПб.: Питер, 2020. – 620 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### Краткий опросник для лиц, с опытом нахождения в зоне боевых действий

Прочитайте вопросы. Для каждого выберите один вариант ответа, который вам больше подходит.

1. Ваша роль в зоне боевых действий:

- военнослужащий
- доброволец
- гражданский
- медик

2. Когда Вы были в зоне боевых действий (укажите месяц и год)? \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. Длительность пребывания в зоне боевых действий:

- до 2-х мес.
- от 3-х до 6 мес.
- более 6 мес.

### Приложение 2

#### Опросник готовности к изменению в употреблении алкоголя/наркотиков (SOCRATES – The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

Имя пациента: \_\_\_\_\_ № пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

#### Инструкция

Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое из приведенных внизу утвердительных высказываний. Каждое из них описывает то, что Вы, возможно, думаете (или не думаете) об употреблении Вами алкоголя/наркотиков. Для каждого утверждения обведите одну из цифр на шкале справа для того, чтобы указать то, насколько Вы согласны или не согласны с этим утверждением на данный момент.

Пожалуйста, обведите только одну цифру для каждого утверждения.

1. Я действительно хочу внести изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
2. Я уже начал вносить изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
3. Одно время я употреблял слишком много <i>алкоголя/наркотиков</i> , но мне удалось с этим справиться.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
4. Иногда я задумываюсь, действительно ли я <i>алкоголик/наркоман</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
5. Я не только думаю об изменениях в образе жизни, связанных с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , но уже кое-что делаю.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

6. Я уже изменил свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , и ищу способы, как удержаться от возвращения к старым привычкам.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
7. У меня серьезные проблемы с <i>алкоголем/наркотиками</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
8. Иногда я задумываюсь, приношу ли я, употребляя <i>алкоголь/наркотики</i> , вред другим людям.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
9. Сейчас я предпринимаю активные попытки сократить или прекратить употребление <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
10. Если я не изменю свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в ближайшее время, мои проблемы могут усугубиться.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
11. Я знаю, что у меня проблемы с <i>алкоголем/наркотиками</i>	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
12. Я хочу получить помощь, чтобы не возвращаться к проблемам, которые я ранее имел из-за <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
13. Иногда я задаю себе вопрос, контролирую ли я свое употребление <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
14. Я – <i>алкоголик/наркоман</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
15. Я стараюсь изо всех сил, чтобы изменить свой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
16. Иногда я задаю себе вопрос, не употребляю ли я слишком много <i>алкоголя/наркотиков</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
17. У меня проблемы с <i>алкоголем/наркотиками</i> .	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
18. Я уже внес изменения, связанные с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , в мой образ жизни, и я нуждаюсь в помощи, чтобы двигаться в этом направлении дальше	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
19. Мой образ жизни, связанный с употреблением <i>алкоголя/наркотиков</i> , приносит много вреда.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

В шаблоне совмещены варианты теста для употребления алкоголя и наркотических веществ. При тестировании следует предлагать пациентам заполнять бланк с одним из вариантов, набранных

курсивом, то есть при подозрении на ПУ алкоголя оставлять только «алкоголь» из пары «алкоголь/наркотики».

**Подсчет баллов и интерпретация:**

1 балл – «Полностью не согласен»; 2 балла – «Не согласен»; 3 балла – «Не уверен»; 4 балла – «Согласен»; 5 баллов – «Полностью согласен». Общее количество суммируется, показатели готовности к изменениям оцениваются с помощью нижеприведенной таблицы

ДЕСЯТИЧНЫЙ БАЛЛ	Признание	Амбивалентность	Активные действия
<b>90 Очень высокий</b>		19-20	39-40
<b>80</b>		18	37-38
<b>70 Высокий</b>	35	17	36
<b>60</b>	34	16	34-35
<b>50 Средний</b>	32-33	15	33
<b>40</b>	31	14	31-32
<b>30 Низкий</b>	29-30	12-13	30
<b>20</b>	27-28	9-11	26-29
<b>10 Очень низкий</b>	7-26	4-8	8-25
<b>СЫРЫЕ БАЛЛЫ</b>	<b>29</b>	<b>13</b>	<b>32</b>

ПРИЗНАНИЕ	АМБИВАЛЕНТНОСТЬ	АКТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
<b>ВЫСОКИЙ БАЛЛ</b> Свидетельствует о признании проблем, связанных с приемом ПАВ, склонности выражать желание измениться и понимают, что, если они не изменятся, заболевание будет по-прежнему причинять много вреда.	<b>ВЫСОКИЙ БАЛЛ</b> Показывает определенную открытость для рефлексии, что можно особенно ожидать на стадии изменения «Размышление».	<b>ВЫСОКИЙ БАЛЛ</b> по этой шкале предсказывает успешное изменение
<b>НИЗКИЕ БАЛЛЫ</b> Свидетельствуют об отрицании того, что ПАВ причиняют им серьезные проблемы.	<b>НИЗКИЕ БАЛЛЫ</b> Пациенты, набравшие низкий балл, говорят. Что они не спрашивают себя, принимают ли они слишком много ПАВ; причиняют ли боль другим людям и/или являются зависимыми. Пациент может набрать меньше баллов либо из-за того, что он «знает», что прием ПАВ приносит ему проблемы (высокий уровень Признания), либо из-за того, что он «знает», что у него нет проблем с наркотиками (низкий уровень Признания)	<b>НИЗКИЕ БАЛЛЫ</b> Пациенты говорят, что в данный момент они ничего не делают, чтобы изменить прием ПАВ, и не делали таких изменений давно
	<i>*Интерпретация баллов по Амбивалентности должна</i>	

### Приложение 3

## Шкала патологического влечения к наркотику (Винникова М.А., 1999)

#### **Текст опросника**

##### *Мысли о наркотике*

- Нет (0 б.)
- Периодически возникающие (2 б.)
- Постоянные, настойчивые, не поддающиеся волевому усилию (3 б.)

##### *Сниженное настроение*

- Нет (0 б.)
- Скука, вялость, пассивность, неразговорчивость, медлительность (1 б.)
- Заметное снижение настроения, диагностируемое и на невербальном уровне (2 б.)
- Тоска, пациент сам предъявляет жалобы (3 б.)

##### *Тревога*

- Нет (0 б.)
- Аморфная настороженность, беспричинные опасения, озабоченность (1 б.)
- Нервозность, напряженность, неспособность расслабиться, раздражительность — пациент сам предъявляет жалобы (2 б.)
- Неусидчивость, тревожная ажитация (3 б.)

##### *Дисфория*

- Нет (0 б.)
- Высказывание недовольства, брюзгливость (1 б.)
- Раздражительность, злобность (2 б.)
- Агрессивность, напряжённость (3 б.)

##### *Эмоциональная лабильность*

- Нет (0 б.)
- Перепады настроения с ухудшением к вечеру (2 б.)
- Обидчивость, слезливость (3 б.)

##### *Нарушения сна*

- Нет (0 б.)
- Позднее мучительное засыпание (2 б.)
- Многократные пробуждения в течение ночи с последующим быстрым/долгим засыпанием (2 б.)
- Ранние пробуждения с последующим быстрым засыпанием или невозможностью в дальнейшем заснуть (2 б.)
- Длительно существующие нарушения сна, трудно поддающиеся медикаментозной коррекции (3 б.)

##### *Поведенческие/психопатоподобные расстройства*

- Нет (0 б.)
- Просьбы о дополнительных назначениях или каких-либо процедурах, недовольство режимом в отделении, оговаривание сроков выписки (1 б.)
- Враждебность, агрессивность, негативизм (2 б.)
- Возбуждение, двигательная ажитация (3 б.)

##### *Сновидения на наркотическую тематику*

- Нет (0 б.)
- Единичные (2 б.)
- Многократно повторяющиеся (3 б.)

##### *Установка на лечение*

- Положительная (1 б.)
- Формальная и формально-вынужденная (2 б.)
- Отрицательная (3 б.)

##### *Критика к болезни*

- Полная (1 б.)
- Частичная (2 б.)

- Отсутствует (3 б.)

### ***Интерпретация***

Выше 11 баллов – выраженное влечение,  
8 – 11 баллов – средне выраженное влечение  
Менее 8 баллов – слабо выраженное влечение

## **Приложение 4**

### **Шкала патологического влечения к алкоголю (Альтшулер В.Б., 1992)**

#### ***Компоненты и клинические признаки ПВА***

##### *Идеаторный компонент:*

- 1 балл – эпизодически возникающие мысли (воспоминания) о спиртном, формальная критика к болезни, сомнения в необходимости лечения;
- 2 балла – частые возвращения к мыслям о спиртном, частичная критика к болезни, пациент считает дальнейшее лечение нецелесообразным;
- 3 балла – постоянные размышления о спиртном, отсутствие критики к болезни, уверенность в ненужности и бессмысленности лечения

##### *Аффективный компонент*

##### 1) Депрессивная симптоматика:

- 1 балл – пасмурный внешний вид, пассивность, неразговорчивость;
- 2 балла – необщительность, отсутствие интересов, бездеятельность, медлительность, вялость, фиксация на жизненных невзгодах и перенесённых обидах, жалобы на скуку, одиозность жизни;
- 3 балла – подавленность, жалобы на плохое настроение, безразличие к окружающему и утрату эмоциональных контактов, нежелание чем-либо заниматься, стремление лежать в постели, неряшливость

##### 2) Тревога:

- 1 балл – озабоченность по различным поводам
- 2 балла – мрачные предчувствия, пугающая неопределённость будущего, неуверенность в собственных силах
- 3 балла – напряжённое ожидание надвигающегося «срыва», ощущение беспомощности; пациент не находит себе места, неусидчив, беспокоен, назойлив

##### 3) Эмоциональная лабильность:

- 1 балл – слёзы и мрачность только при обсуждении неприятных для пациента вопросов; перепады настроения незначительны и непродолжительны;
- 2 балла – взволнованность и слёзы в течение всей беседы и некоторое время после неё;
- 3 балла – обидчивость, ворчливость, капризность в течение всего дня

##### 4) Дисфория:

- 1 балл – недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение;
- 2 балла – напряжённость, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетённости;
- 3 балла – подавленность, напряжённость, непредсказуемость, агрессивность

##### *Вегетативный компонент*

##### 1) Алкогольные сновидения:

- 1 балл – спокойная констатация сновидения с алкогольной тематикой, возможны трудности при его воспроизведении;
- 2 балла – яркое алкогольное сновидение, оставляющее сильное впечатление, оживление мимических реакций при воспроизведении сновидения;
- 3 балла – яркие будоражающие алкогольные сновидения, поверхностный сон, частые просыпания

##### 2) Мимические реакции:

- 0 баллов – нет;
- 1 балл – есть

### 3) Изменение аппетита:

- 1 балл – неустойчивость аппетита;
- 2 балла – стойкое снижение или повышение аппетита;
- 3 балла – анорексия, булимия, жажда

### *Поведенческий компонент:*

- 1 балл – смакование алкогольной тематики в беседах, гиперактивность и хлопотливость как способ отвлечься от мыслей о спиртном, просьбы о дополнительном лечении, горячность, показной пафос в осуждении пьянства, несобранность, забывчивость, непоседливость;
- 2 балла – стремление уклониться от лечения, недовольство режимом, желание ускорить выписку из больницы, изменение круга общения – предпочтение тех пациентов, которые не настроены на лечение, непоследовательность и переменчивость в повседневных делах, суетливость, рассеянность, пациент не сразу включается в беседу, медленно осмысливает вопросы;
- 3 балла – враждебность и оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость, попытки принять спиртное, «эксперименты» с алкоголем, жалобы на тягу к спиртному

### **Интерпретация**

ниже 7 баллов – легкая степень выраженности ПАВ;

7-10 баллов – средняя степень;

свыше 10 – тяжелая степень.

## **Приложение 5** **Методика оценки анозогнозии (НИПИ Бехтерева)**

### **Описание метода**

Методика оценки анозогнозии представляет собой опросник, содержащий 46 утверждений, относящихся к семи субшкалам. Утверждения расположены в произвольном порядке.

### **Процедура исследования**

Согласно инструкции (см. ниже), испытуемый отвечает, насколько он согласен с каждым из приведенных утверждений. Перед заполнением опросника больного информируют о целях проведения исследования. Время заполнения не ограничивается, в среднем время заполнения опросника составляет 20 — 25 минут. Исследование можно проводить одновременно с несколькими испытуемыми, при условии, что они не будут совещаться друг с другом.

### **Регистрационный лист опросника «Алкогольная / наркотическая анозогнозия»**

*Инструкция:* Просим Вас выразить свое согласие или несогласие с данными утверждениями. В опроснике не существует «правильных» или «неправильных ответов». Старайтесь отвечать искренне. Не раздумывайте долго, поскольку «плохих» или «хороших» ответов здесь не существует. Поставьте «+» в графе, соответствующей Вашему мнению.

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
1	Мое употребление алкоголя/наркотиков плохо влияет на отношения в моей семье			
2	Если я начинаю употреблять алкоголь/наркотики, мне зачастую бывает трудно остановиться			
3	У меня есть потребность в опохмелении/приёме ПАВ для облегчения состояния отмены			
4	Мои алкоголизации/наркотизации не отражаются плохо на моей работе			

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
5	Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении дозы алкоголя/наркотиков, чем в полном отказе от них			
6	Из-за употребления алкоголя/наркотиков я совершаю поступки, несовместимые с моими принципами			
7	Я считаю, что родственники и врачи преувеличивают мою зависимость от алкоголя/наркотиков			
8	Цель моего лечения — добиться полной трезвости			
9	Я не предвижу никаких трудностей в осуществлении своего желания бросить употребление алкоголя/наркотиков			
10	Напрасно родственники и врачи считают меня алкоголиком/наркоманом			
11	Не алкоголизм/наркомания послужило основной причиной того, что я попал в больницу			
12	Мне необходимо полностью отказаться от алкоголя/наркотиков			
13	Я готов лечиться столько, сколько нужно, длительно контактировать с врачом, чтобы достичь трезвости			
14	У меня нет проблем из-за моего употребления алкоголя/наркотиков			
15	У меня пока нет серьезных причин полностью отказываться от алкоголя/наркотиков			
16	Я всегда, когда хочу этого, могу контролировать дозу употребляемого алкоголя/наркотиков			
17	Из-за моих употреблений алкоголя/наркотиков не страдает никто из моих родных			
18	У меня нет потребности в опохмелении/ приёме ПАВ для облегчения состояния отмены			
19	Мое физическое и психическое здоровье ухудшилось из-за моего употребления ПАВ			
20	Главная причина моей госпитализации — чрезмерное употребление алкоголя/наркотиков			

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
21	Я готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать свою трезвость			
22	Я признаю себя больным алкоголизмом/наркоманией			
23	Я не нуждаюсь в лечении по поводу алкоголизма/наркомании			
24	Мое употребление ПАВ создает много проблем			
25	Сомневаюсь, что мне необходимо лечение, целью которого является полная трезвость			
26	Мое здоровье не пострадало из-за моего употребления алкоголя/наркотиков			
27	Я не готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать трезвость			
28	У меня есть серьезные причины сохранять полную трезвость			
29	Я не признаю себя больным алкоголизмом/наркоманией			
30	Моя работа страдает из-за моего употребления алкоголя/наркотиков			
31	Пребывание в больнице поможет мне разрешить проблемы в семье и на работе, связанные с моей алкоголизацией/наркотизацией			
32	Меня тревожит, что я попал в зависимость от алкоголя/наркотиков			
33	Одна из главных целей наркологического лечения – добиться, чтобы больной полностью отказался от алкоголя/наркотиков			
34	Алкоголизм/наркомания является болезнью			
35	Я огорчен конфликтами в семье и на работе, возникшими из-за моей алкоголизации/наркотизации			
36	Я не доволен тем, что родные и врачи считают меня больным алкоголизмом/наркоманией			
37	Меня раздражает, что близкие мне люди требуют уменьшить или прекратить алкоголизации/наркотизации			

№		Не согласен	Не уверен	Согласен
38	Зависимый от алкоголя/наркотиков человек не может контролировать дозу употребляемого им алкоголя/наркотиков			
39	Напрасно мои родные (коллеги) уговорили меня обратиться за наркологическим лечением			
40	Я недоволен тем, что меня поместили в наркологическую больницу			
41	Потребность в алкоголе/наркотиках на следующий день после выпивки – признак алкоголизма/наркомании			
42	Я огорчен тем, что попал в зависимость от алкоголя/наркотиков			
43	Я не обращаю внимания на просьбы родственников прекратить пьянство/наркотизации			
44	Если после лечения долго не употреблять алкоголь/ПАВ, то после такого перерыва опять можно вернуться к умеренному употреблению алкоголя/ПАВ — без последствий и проблем			
45	Меня тревожат проблемы в семье и на работе, которые вызваны моей алкоголизацией/наркотизацией			
46	Алкоголизм/наркомания — это не болезнь, а скорее слабоволие			

## Приложение 6

### Опросник на скрининг ПТСР

Оригинальное название: Trauma Screening Questionnaire (Brewin C. et al., 2002)  
 Источник: Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata P., McEvedy, C., Turne, S., and Foa E. B. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder/The British Journal of Psychiatry. – 2002 – V. 181, N 3, – P. 158-162.

Назначение: Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire) определяет тяжесть клинических проявлений, течение заболевания, основную психопатологическую симптоматику, уточнить основные кластеры типичных для ПТСР симптомов.

Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire) – краткий опросник, состоящий из 10 вопросов, отражающих симптомы вторжения и физиологического возбуждения, позволяющий провести скрининг ПТСР. Методика создавалась и была адаптирована на кафедре клинической психологии здоровья, университетский колледж Лондона в 2002 г.

Он состоит из 10 вопросов, отражающих симптомы вторжения (интрузии) и физиологического возбуждения, с вариантами ответа да/нет. Для положительного ответа, каждый из симптомов должен быть отмечен по крайней мере дважды на прошлой неделе.

Содержание(шаблон):

Инструкция: Эта анкета связана с вашими личными реакциями на травматическое событие, которое случилось с вами.

Ниже указаны некоторые реакции, которые иногда возникают у людей после травматического события. Пожалуйста, ответьте "Да", если вы испытывали следующие симптомы по крайней мере дважды на прошлой неделе.

	ДА	НЕТ
1.Тяжелые мысли или воспоминания о событии приходили мне в голову против моей воли		
2.Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось		
3.Я вдруг замечал(а), что действую и чувствую себя так, как будто бы ситуация повторяется снова		
4.Когда что-то напоминает мне об этом событии, я чувствую себя подавленным		
5. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал(а) неприятные физические ощущения (потливость, сбой дыхания, тошноту, учащение пульса и др.)		
6.У меня нарушен сон(трудности засыпания или частые пробуждения)		
7.Я чувствовал(а) постоянно раздражение и гнев		
8. Мне было сложно сосредоточиться		
9. Я стал более осведомлен о потенциальных опасностях для себя и других		
10.Я все время был(а) напряжен(а) и вздрагивал(а), если что-то внезапно пугало меня		

Ключ(интерпретация): Если балл, полученный по опроснику, равен или превышает 6, то испытуемого следует отнести к группе риска. Данный опросник зарекомендовал себя как хороший кратный инструмент для выявления симптомов ПТСР. Однако, для постановки диагноза или верификации симптомов результаты должны быть подтверждены с помощью клинического интервью и дополнительных тестовых методик.

## Приложение 7

### Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale – CAPS)

Оригинальное название: Clinical-administered PTSD Scale – CAPS (Weathers F. W. et al., 1992; Weathers F.W., 1993)

Источник:Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

Назначение: Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS) разработана в двух вариантах (Weathers F. W. et al., 1992; Weathers F.W., 1993). Первый разработан для диагностики тяжести текущего ПТСР, как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом

периоде в целом. Второй вариант CAPS предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель. Применение методики не только дает возможность оценить по пятибалльной шкале каждый симптом с точки зрения частоты и интенсивности проявления, но и определить достоверность полученной информации.

Шкала CAPS применяется, как правило, дополнительно к Структурированному клиническому интервью (СКИД) для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом (Weathers F.W., Litz B.T., 1994; Blake D.D., 1995).

CAPS-1 позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов. Если возможно, желательно использовать шкалу CAPS-1 в комплексе с прочими методами диагностики (самооценочными, поведенческими, физиологическими). Необходимо помнить, что время рассмотрения проявлений каждого симптома – 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Формулировки ключевых моментов шкал могут быть зачитаны пациенту (как при определении частоты, так и интенсивности симптома). Это позволит получить максимально корректные оценки.

Оценка частоты  $> 1$  и оценка интенсивности  $> 2$ , отражая реальные проблемы, связанные с данным симптомом, могут служить основанием для заключения о его наличии. Важно подчеркнуть, что критерии С, D и E требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен уточнить, что у пациента манифестация симптомов С, D и E произошла именно после травмы. Если в прошлом месяце состояние пациента соответствовало диагностическим критериям ПТСР, то оно автоматически определяется как удовлетворяющее критериям ПТСР, развившегося в посттравматический период. CAPS-1 был переведен в лабораторию психологии и посттравматического стресса психотерапии РАН, он применялся в комплексном исследовании ПТСР на разном контингенте, полученные данные приводятся ниже (Тарабрина Н.В. и др., 1995, 1996).

Содержание (шаблон):

Бланк методики

Пациент \_\_\_\_\_ Дата \_ Интервьюер \_\_\_\_\_

А. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ \_\_\_\_\_

В. ПОСТОЯННО ПОВТОРЯЮЩЕЕСЯ ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

(1) Повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс

Частота

Случалось ли так, что вы непроизвольно, без всякого повода, вспоминали об этих событиях? Было ли это только во сне? (Исключить, если воспоминания появлялись только во сне.) Как часто это происходило в течение последнего месяца?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

#### Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько сильны были переживания, вызванные этими воспоминаниями? Были ли вы вынуждены прерывать дела, которыми в этот момент занимались? В состоянии ли вы, если постараетесь, преодолеть эти воспоминания, избавиться от них?

- 0 – отсутствие дистресса
- 1 – низкая интенсивность симптома: минимальный дистресс
- 2 – умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует
- 3 – высокая интенсивность: существенный дистресс, явные срывы в деятельности и трудности в преодолении возникших воспоминаний о событии
- 4 – очень высокая интенсивность: тяжелый, непереносимый дистресс, неспособность продолжать деятельность и невозможность избавиться от воспоминаний о событии

(2) Интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события, включая годовщины травмы

#### Частота

Были ли у вас случаи, когда вы видели что-то, напомнившее об этих событиях, и вам становилось тяжело и грустно, вы расстраивались? (Например: определенный тип мужчин – для жертв изнасилования, цепочка деревьев или лесистая местность – для ветеранов войны.) Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 – Никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

#### Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько вы были взволнованы и расстроены, насколько сильны были переживания?

- 0 – нисколько
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальный дистресс
- 2 – умеренная интенсивности: дистресс отчетливо присутствует, но еще контролируется
- 3 – высокая интенсивность: значительный дистресс
- 4 – очень высокая интенсивность: непереносимый дистресс

(3) Ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды (флэшбэк-эффекты), даже те, которые появляются в просоном состоянии

### Частота

Приходилось ли вам когда-нибудь внезапно совершать какое-либо действие или чувствовать себя так, как будто бы то событие(я) происходит снова? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 –никогда
- 1 –одинилидвараза
- 2 –одинилидваразавнеделю
- 3 –несколько развнеделю
- 4 –ежедневноилипочтикаждый день

### Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько реальным было это ощущение? Насколько сильно вам казалось, что то событие(я) происходило снова? Как долго это продолжалось? Что вы делали при этом?

- 0 –никогдатакогонебыло
- 1 – слабая интенсивность симптома: ощущение чуть большей реалистичности происходящего, чем при простом размышлении о нем – умеренная интенсивность: ощущения определенные, но передающие диссоциативное качество, однако при этом сохраняется тесная связь с окружающим, ощущения похожи на грезы наяву
- 2 – высокая интенсивность: в сильной степени диссоциативные ощущения – пациент рассказывает об образах, звуках, запахах, но все еще сохраняется некоторая связь с окружающим миром
- 3 – очень высокая интенсивность: ощущения полностью диссоциативны – флэшбэк- эффект, полное отсутствие связи с окружающей реальностью, возможна амнезия данного эпизода – "затмение", провал в памяти

### (4) Повторяющиесясныособытия,вызываюциетяжелыепереживания(дистресс)

#### Частота

Былилиуваскогда-нибудьнеприятныесныотомсобытии?Какчастоэтосвами случалось в течение последнего месяца?

- 0 –никогда
- 1 –одинилидвараза
- 2 –одинилидваразавнеделю
- 3 –несколько развнеделю
- 4 –ежедневноилипочтикаждый день

#### Интенсивность

Если из этих случаев взять самый худший, как сильны были те неприятные, тяжелые переживания и чувство дискомфорта, которые вызывали у вас эти сны? Вы просыпались от этих снов? (Если да, спросите: "Что вы чувствовали или делали, когда просыпались? Через сколько времени вы обычно засыпали?" Выслушайте рассказ и отметьте симптомы паники, громкие крики, положения тела.)

- 0 –отсутствовали
- 1 – слабо выраженная интенсивность симптома: минимальный дистресс не вызывал пробуждения
- 2 – умеренная интенсивность: просыпается, испытывая дистресс, но легко засыпает снова
- 3 –высокаяинтенсивность:оченьтяжелыйдистресс,затруднено повторноезасыпание
- 4 – очень высокая интенсивность: непреодолимый дистресс, невозможность заснуть снова

С. УСТОЙЧИВОЕ ИЗБЕГАНИЕ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, АССОЦИИРУЮЩИХСЯ С ТРАВМОЙ, ИЛИ "БЛОКАДА" ОБЩЕЙ СПОСОБНОСТИ К РЕАГИРОВАНИЮ (numbing – "оцепенение")(симптомы не наблюдались до травмы)

(5) Усилия, направленные на то, чтобы избежать мыслей или чувств, ассоциирующихся с травмой

Частота

Пытались ли вы отгонять мысли о событии(ях)? Прилагали ли вы усилия, чтобы избежать ощущений, связанных с событием(ями) (например, чувств гнева, печали, вины)? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вы прилагали, чтобы не думать о том событии(ях), чтобы не испытывать чувств, имеющих к нему (ним) отношение? (Дайте оценку всех попыток сознательного избегания, включая отвлечение, подавление и снижение возбужденности при помощи алкоголя или наркотиков.)

- 0 – никакого усилия
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальное усилие
- 2 – умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определено есть
- 3 – высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть
- 4 – очень высокая интенсивность: отчетливо выражены попытки избегания

(6) Усилия, направленные на то, чтобы избежать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме

Частота

Пытались ли вы когда-либо избежать каких-либо действий или ситуаций, которые напоминали бы вам о событии(ях)?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность:

Как велики были усилия, которые вы прилагали для того, чтобы избежать каких-то действий или ситуаций, связанных с событием(ями)? (Дайте оценку всех попыток поведенческого избегания; например, ветераны войны, избегающие участия в ветеранских мероприятиях, просмотрах военных фильмов и проч.)

- 0 – никакого усилия
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальное усилие

- 2 – умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определенно есть
- 3 – высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть
- 4 – очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(7) Неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия)

Частота

Случалось ли так, что вы не могли вспомнить важные обстоятельства происшедшего с вами события(ий)(например, имена, лица, последовательность событий)? Много ли из того, что имело отношение к происшедшему, вам было трудно вспомнить в прошедшем месяце?

- 0 – ничего, ясная память о событии в целом
- 1 – некоторые обстоятельства события(ий) было невозможно вспомнить (менее чем 10%)
- 2 – ряд обстоятельств события(й) было невозможно вспомнить (20-30%)
- 3 – большую часть обстоятельств события(й) было невозможно вспомнить (50-60%)
- 4 – почти совсем невозможно было вспомнить событие(е) (более чем 80%)

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вам понадобилось приложить, чтобы вспомнить о важных обстоятельствах того, что произошло с вами?

- 0 – какие-либо затруднения при воспоминании о событиях отсутствовали
- 1 – слабая интенсивность симптома: незначительные затруднения при воспроизведении обстоятельств события
- 2 – умеренная интенсивность: определенные затруднения, однако при сосредоточении сохраняется способность к воспроизведению события в памяти
- 3 – высокая интенсивность: несомненные затруднения при воспроизведении обстоятельств события
- 4 – очень высокая интенсивность: полная неспособность вспомнить события(ях)

(8) Заметная утрата интереса к любимым занятиям

Частота

Чувствуете ли вы, что потеряли интерес к занятиям, которые были для вас важными или приятными, – например, спорт, увлечения, общение? Если сравнить с тем, что было до происшедшего, сколько видов занятий перестали вас интересовать за прошедший месяц?

- 0 – потеря интереса вообще не было
- 1 – потеря интереса к отдельным занятиям (менее чем 10%)
- 2 – потеря интереса к нескольким занятиям (20-30%)
- 3 – потеря интереса к большому числу занятий (50-60%)
- 4 – потеря интереса почти ко всему (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько глубоко или сильно была утрата интереса к этим занятиям?

- 0 – вообще не было потери интереса
- 1 – слабая интенсивность симптома: только незначительная потеря интереса, не исключая получения удовольствия в процессе занятий, если они все-таки начались
- 2 – умеренная интенсивность: безусловная потеря интереса, но все-таки сохраняется некоторое чувство удовольствия от занятия(й)
- 3 – высокая интенсивность: очень значительная потеря интереса к занятиям

4 – очень высокая интенсивность: полная потеря интереса, не вовлекается ни в какую деятельность

(9) Чувство отстраненности или отчужденности от окружающих Частота

стота

Не было ли у вас чувства отдаленности или потери связи с окружающими? Отличалось ли это состояние от того, что вы чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 – такого вообще не было
- 1 – редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30%)
- 3 – часто (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%) Ин-

тенсивность

В самом худшем случае насколько сильно было ваше чувство отстраненности или отсутствия связи с окружающими? Кто все-таки оставался вам близок?

- 0 – отсутствуют подобные чувства
- 1 – слабая интенсивность симптома: эпизодически чувствует себя "идушим, не в ногу" с окружающими
- 2 – умеренная интенсивность: определенное наличие чувства отдаленности, но сохраняются какие-то межличностные связи и чувство принадлежности к окружающему миру
- 3 – высокая интенсивность: значительное чувство отстраненности или отчужденности от большинства людей, сохраняется способность взаимодействия только с одним человеком
- 4 – очень высокая интенсивность: чувствует себя полностью оторванным от других людей, близкие отношения не поддерживает ни с кем

(10) Сниженный уровень аффекта, например, неспособность испытывать чувство любви Частота Были ли у вас такие периоды, когда вы были "бесчувственны" (вам было трудно

испытывать такие чувства, как любовь или счастье)? Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 – такого вообще не было
- 1 – редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30%)
- 3 – часто (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным у вас было ощущение "бесчувственности"? (В оценку этого пункта включите наблюдения за уровнем аффективности во время интервью.)

- 0 – ощущения бесчувственности нет
- 1 – слабая интенсивность симптома: такое ощущение имеется, но незначительное
- 2 – умеренная интенсивность: явное ощущение бесчувственности, но способность испытывать эмоции все-таки сохранена
- 3 – высокая интенсивность: значительное ощущение бесчувственности по отношению по крайней мере к двум основным эмоциям – любви и счастья

4 – очень высокая интенсивность: ощущает полное отсутствие эмоций

(11) Ощущение отсутствия перспектив на будущее, например, не ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни

Частота

Было ли когда-нибудь, что вы чувствовали отсутствие необходимости строить планы на будущее, что почему-либо у вас "нет завтрашнего дня"? (Если да, уточните наличие реального риска, например, опасных для жизни медицинских диагнозов). Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие(я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 – такого вообще не было
- 1 – редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30%)
- 3 – часто (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным было чувство, что у вас не будет будущего? Как вы думаете; как долго вы будете жить? Какие основания у вас предполагать, что вы умрете преждевременно?

- 0 – ощущения сокращенного будущего нет
- 1 – слабая интенсивность симптома: незначительные ощущения по поводу сокращенности жизненной перспективы
- 2 – умеренная интенсивность симптома: определенно присутствует ощущение сокращенной жизненной перспективы
- 3 – высокая интенсивность симптома: значительно выражены ощущения сокращенной жизненной перспективы, могут иметь место определенные предчувствия о продолжительности жизни
- 4 – очень высокая интенсивность симптома: всепоглощающее чувство сокращенной жизненной перспективы, под-ная убежденность в преждевременной смерти

D. УСТОЙЧИВЫЕ СИМПТОМЫ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗБУДИМОСТИ  
(не

наблюдались до травмы)

(12) Трудности засыпания или сохранения нормального сна Частота

стота

Были ли у вас какие-либо проблемы засыпания или сном, чтобы спать нормально?

Отличается ли это от того, как вы спали перед событием(ями)? Как часто у вас были трудности со сном в прошлом месяце?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – каждую ночь (или почти каждую)

Трудности засыпания?

Да Нет

Пробуждения среди сна?

Да Нет

Очень ранние пробуждения?

Да Нет

Количество часов сна (без пробуждений) за ночь

Желательное количество часов сна для обследуемого

Интенсивность

(Задайте уточняющие вопросы и оцените все перечисленные нарушения сна.) Как много времени надо вам, чтобы заснуть? Как часто вы просыпаетесь среди ночи? Сколько часов подряд, не просыпаясь, вы спите каждую ночь?

0 – нет проблем со сном

1 – слабая интенсивность симптома: несколько затруднено засыпание, некоторые трудности с сохранением сна (потеря сна до 30 минут)

2 – умеренная интенсивность: определенное нарушение сна – ясно выраженная увеличенная продолжительность периода засыпания или трудности с сохранением сна (потеря сна – 30-90 минут)

3 – высокая интенсивность: значительное удлинение времени засыпания или большие трудности с сохранением сна (потеря сна – 90 минут – 3 часа)

4 – очень высокая интенсивность: очень длительный латентный период сна, непреодолимые трудности с сохранением сна (потеря сна более 3 часов)

(13) Раздражительность или приступы гнева

Частота

Были ли такие периоды, когда вы чувствовали, что необычно раздражительны или проявляли чувство гнева и вели себя агрессивно? Отличается ли это состояние от того, как вы себя чувствовали или как действовали до событий(я)? Как часто вы испытывали подобные чувства или вели себя подобным образом в прошлом месяце?

0 – никогда

1 – один или два раза

2 – один или два раза в неделю

3 – несколько раз в неделю

4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Насколько сильный гнев вы испытывали и каким образом вы его выражали? 0 – не было ни раздражительности, ни гнева

1 – слабая интенсивность симптома: минимальная раздражительность, в гневе – повышение голоса

2 – умеренная интенсивность: явное наличие раздражительности, в гневе с легкостью начинает спорить, но быстро "остывает"

3 – высокая интенсивность: значительная раздражительность, в гневе – речевая или поведенческая агрессивность

4 – очень высокая интенсивность: непреодолимый гнев, сопровождаемый эпизодами физического насилия

(14) Трудности концентрации внимания

### Частота

Неказалось ли вам трудным сосредоточиться на каком-то занятии или на чем-то, что

окружало вас? Изменилась ли ваша способность к сосредоточению с тех пор, как случилось это событие(я)? Как часто у вас наблюдались затруднения с сосредоточением внимания в течение прошлого месяца?

- 0 – вообще не было
- 1 – очень редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30% времени)
- 3 – большую часть времени (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Насколько трудно для вас было сосредоточиться на чем-либо? (При оценке этого пункта учтите свои наблюдения в процессе интервью.)

- 0 – никакой проблемы не было
- 1 – слабая интенсивность: для сосредоточения требовались незначительные усилия
- 2 – умеренная интенсивность: определенная потеря способности к сосредоточению, но при усилии может сосредоточиться
- 3 – высокая интенсивность: значительное ухудшение функции, даже при особых усилиях
- 4 – очень высокая интенсивность: полная неспособность к сосредоточению и концентрации внимания

### (15) Повышенная настороженность (бдительность)

#### Частота

Приходилось ли вам быть как-то особенно настороженным или бдительным даже тогда, когда для этого не было очевидной необходимости? Отличалось ли это от того, как вы себя чувствовали перед событием(ями)? Как часто в прошлом месяце вы были насторожены или бдительны?

- 0 – вообще не было
- 1 – очень редко (менее 10% времени)
- 2 – иногда (20-30% времени)
- 3 – большую часть времени (50-60%)
- 4 – почти всегда или постоянно (более чем 80%)

#### Интенсивность

Как велики усилия, которые вы прилагаете, чтобы знать обо всем, что происходит вокруг вас? (При оценке этого пункта используйте свои наблюдения, полученные в ходе интервью.)

- 0 – симптом отсутствует
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальные проявления гипербдительности, незначительно повышенное любопытство
- 2 – умеренная интенсивность: определенно имеется гипербдительность, настороженность в общественных местах (например, выбор безопасного места в ресторане или кинотеатре)
- 3 – высокая интенсивность: значительные проявления гипербдительности, субъект очень насторожен, постоянное наблюдение за окружающими в поисках опасности, преувеличенное беспокойство о собственной безопасности (а также своей семьи и дома)

4 – очень высокая интенсивность: гипертрофированная бдительность, усилия по обеспечению безопасности требуют значительных затрат времени и энергии и могут включать активные действия по проверке ее наличия; в процессе беседы – значительная настороженность

(16) Преувеличенная реакция испуга ("стартовая" реакция на внезапный стимул) Частота

стота

Испытывали ли вы сильную реакцию испуга на громкие неожиданные звуки (например, на автомобильные выхлопы, пиротехнические эффекты, стук захлопнувшейся двери и т.п.) или на что-то, что вы вдруг увидели (например, движение, замеченное на периферии вашего поля зрения – "углом глаза")? Отличается ли это от того, как вы себя чувствовали до события(ий)?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильной была эта реакция испуга?

- 0 – симптом отсутствовал: реакции испуга не было
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальная реакция испуга
- 2 – умеренная интенсивность: определенная реакция испуга на внезапный раздражитель, "подпрыгивание"
- 3 – высокая интенсивность: значительная реакция испуга, сохранение возбуждения после первичной реакции
- 4 – очень высокая интенсивность: крайне выраженная реакция испуга, явное защитное поведение (например, ветеран войны, который "падает лицом в грязь")

(17) Физиологическая реактивность в результате воздействия обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события

Частота

Приходилось ли вам отмечать у себя наличие определенных физиологических реакций, когда вы сталкивались с ситуациями, напоминающими вам о событии(ях)? (Выслушайте сообщение о таких симптомах, как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, дрожь в руках, потливость, но не задавайте испытуемому наводящих вопросов о симптомах.) Как часто они наблюдались в прошлом месяце?

- 0 – никогда
- 1 – один или два раза
- 2 – один или два раза в неделю
- 3 – несколько раз в неделю
- 4 – ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

В самом худшем случае как сильны были эти физиологические реакции?

- 0 – симптом отсутствует
- 1 – слабая интенсивность симптома: минимальная реакция
- 2 – умеренная интенсивность: явно наличие физиологической реакции, некоторый дискомфорт

3 – высокая интенсивность: интенсивная физиологическая реакция, сильный дискомфорт

4 – очень высокая интенсивность: драматическая физиологическая реакция, сохранение последующего возбуждения

Был ли какой-либо период после травмы, когда симптомы, о которых я только что вас расспрашивал, беспокоили вас значительно больше, чем в течение последнего месяца?

Да / Нет

Этот период (или эти периоды) продолжался не менее одного месяца? Да / Нет

---

Примерно когда этот период (эти периоды) начался / закончился?

Ключ (интерпретация):

Средние значения показателей CAPS (Тарабрина, 2001)

F – частота симптомов, I – интенсивность симптомов, T – общий балл.

## Приложение 8

### Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (англ. Mississippi Scale)

Название на русском языке: Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства

Оригинальное название: Mississippi Scale (Keane, Caddell, Taylor, 1988)

Источник: Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

Назначение: Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (англ. Mississippi Scale) – клиническая тестовая методика, изначально разработанная в 1987 году Keane Т. М. с соавторами для диагностики ПТСР у военнослужащих, побывавших в зоне боевых действий. В 1995 году был разработан и опубликован гражданский вариант шкалы, валидизированный на выборке гражданских лиц с установленным диагнозом ПТСР.

Опросник состоит из 35 вопросов в "военном" и 39 вопросов в "гражданском" вариантах. 30 вопросов образуют три основные шкалы, которые соотносятся с тремя группами симптомов ПТСР согласно DSM-III: 11 вопросов первой шкалы описывают симптомы группы вторжения, 11 симптомов второй шкалы описывают симптомы группы избегания, 8 вопросов третьей шкалы описывают симптомы возбудимости. Пять оставшихся вопросов описывают симптомы, относящиеся к чувству вины и суицидальным наклонностям. Популяционные исследования показали высокую внутреннюю согласованность военного (0,94) и гражданского (0,86) вариантов шкалы. Шкала обладает 87% чувствительностью и 63% специфичностью в диагностике ПТСР у контингента психически больных.

Ответы на вопросы даются по шкале Лайкерта. Несмотря на группирование вопросов в четыре субшкалы, высчитывается только один итоговый коэффициент. Часть вопросов имеет перевернутые значения, что позволяет снизить установочность испытуемого или заполнение бланка в произвольном порядке.

Содержание (шаблон):

Бланк гражданского варианта

Текст опросника

Имя \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Семейное положение \_\_\_\_\_ Детей \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

Ниже приводятся утверждения, обобщающие различный опыт людей, переживших тяжелые, экстремальные события и ситуации. У каждого утверждения есть шкала от "1" до "5". Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение: Совершенно неверно, Иногда верно, До некоторой степени верно, Верно, Совершенно верно

Утверждение	Совершенно неверно	Иногда неверно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно
1. В прошлом у меня было больше друзей чем сейчас					
2. У меня нет чувств вины зато, что я делал в прошлом.					
3. Если кто то выведет меня из терпения, я скорее всего не сдержусь (применю физическую силу)					
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль					
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, меня боятся					
6. Я способен вступать в эмоционально близкие отношения с другими людьми.					
7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было со мной реально в прошлом					
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в прошлом, мне просто не хочется жить					
9. Внешне выгляжу бесчувственным					
10. Последнее время я чувствую что хочу покончить с собой					
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда надо вставать					
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я еще жив, в то время как другие уже умерли					
13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто вернулся в прошлое					
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать					

15. Я чувствую, что больше не могу					
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают					
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше.					
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх					
19. Я обнаружил, что мне работать нетрудно.					
20. Мне трудно сосредоточиться					
21. Я беспричинно плачу					
22. Мне нравится быть в обществе других людей.					
23. Меня пугают мои стремления и желания					
24. Я легко засыпаю					
25. От неожиданного шума я легко вздрагиваю					
26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую					
27. Я легкий, спокойный, уравновешенный человек.					
28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в прошлом, я не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять					
29. Временами я употребляю алкоголь или снотворное, чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случались со мной в прошлом					
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе.					
31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей					
32. Я боюсь засыпать					
33. Я пытаюсь избежать всего, что могло бы напомнить мне о том, что происходило со мной в прошлом					
34. Моя память такая же хорошая, как и раньше.					
35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям					
36. Временами я веду себя или чувствую так, как будто то, что было со мной в прошлом, происходит снова					
37. Я не могу вспомнить некоторые важные вещи, которые произошли со мной в прошлом					
38. Я очень бдителен и насторожен большую часть времени					

39. Если случается что-нибудь, напоминающее мне о прошлом, меня охватывает такая тревога или паника, что у меня начинается сильное сердцебиение и перехватывает дыхание; я весь дрожу и покрываюсь потом; у меня кружится голова, появляются "мурашки", и я почти теряю сознание					
--	--	--	--	--	--

### Бланк военного варианта

Текст опросника

Имя \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Семейное положение \_\_\_\_\_ Детей \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

Ниже приводятся утверждения, обобщающие различный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. У каждого утверждения есть шкала от "1" до "5". Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или несогласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение: Совершенно неверно, Иногда верно, До некоторой степени верно, Верно, Совершенно верно

Утверждение					
	Совершенно неверно	Иногда неверно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно
1. До службы в армии у меня было больше друзей чем сейчас					
2. У меня нет чувства вины за то, что я делал во время службы в армии					
3. Если кто-то выведет меня из терпения, я скорее всего не сдержусь (применю физическую силу)					
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль					
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, меня боятся					
6. Я способен вступать в эмоционально близкие отношения с другими людьми.					

7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было в действительности на войне					
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в армии, мне просто не хочется жить					
9. Внешне выгляжу бесчувственным					
10. Последнее время я чувствую что хочу покончить с собой					
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда надо вставать.					
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я еще жив, в то время как другие погибли на войне					
13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто я снова в армии					
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать					
15. Я чувствую, что больше не могу					
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают					
17. Меня по прежнему радуют те же вещи, что и раньше.					
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх					
19. Я обнаружил, что мне работать нетрудно после демобилизации					
20. Мне трудно сосредоточиться					
21. Я беспричинно плачу					
22. Мне нравится быть в обществе других людей.					
23. Меня пугают мои стремления и желания					
24. Я легко засыпаю					
25. От неожиданного шума я легко вздрагиваю					
26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую					

27. Я легкий, спокойный, уравновешенный человек.					
28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в армии, я не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять					
29. Временами я употребляю алкоголь или снотворное, чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случились со мной, когда я служил в армии					
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе.					
31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей					
32. Я боюсь засыпать					
33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что случилось со мной в армии					
34. Моя память такая же хорошая, как и раньше.					
35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям					

Ключ(интерпретация):

Каждое совпадение ключом оценивается в один балл:

Гражданский вариант

Ответ	Номера утверждений
Пункты, считающиеся в прямых значениях:	1,3, 4,5, 7,8,9,10, 12,13, 14, 15,16, 18,20, 21,23,25, 26,28, 29,31, 32, 33,35, 36,37, 38, 39
Пункты, считающиеся в обратных значениях:	2,6, 11,17, 19,22, 24,27,30, 34

Военный вариант

Ответ	Номера утверждений
Пункты, считающиеся в прямых значениях:	1,3, 4,5, 7,8,9,10, 12,13, 14, 15,16, 18,20, 21,23,25, 26,28, 29, 31,32, 33, 35
Пункты, считающиеся в обратных значениях:	2,6, 11,17, 19,22, 24,27,30, 34

## Приложение 9

### Шкала безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS)

Оригинальное название: Beck Hopelessness Scale, BHS BHS; Beck & Steer, 1988; Beck, Weissman, Lester, & Trexler 1974

Источник: Посттравматическое стрессовое расстройство/под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с

Назначение: Шкала безнадёжности Бека (англ. Beck Hopelessness Inventory, сокр. BHI) – шкала, измеряющая выраженность негативного отношения по отношению к субъективному будущему у взрослых и подростков. Шкала была разработана А. Беком и группой его сотрудников в Центре Когнитивной Терапии Медицинской Школы Университета Пенсильвании (США).

Шкала безнадёжности Бека (BHS) состоит из двадцати утверждений. При ответе респондент выражает свое согласие или несогласие с каждым утверждением в соответствии с предложенными вариантами ответа: верно/неверно.

Шкала Безнадёжности Бека измеряет выраженность негативного отношения субъекта к собственному будущему. Особую ценность данная методика представляет в качестве косвенного индикатора суицидального риска у пациентов, страдающих депрессией, а также у людей, ранее уже совершавших попытки самоубийства.

Содержание (шаблон):

Имя:

Дата:

Этот опросник содержит 20 утверждений. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое утверждение. Если утверждение отражает ваше мироощущение за последнюю неделю – обведите ответ "Верно" в столбце рядом с утверждением. Если вы не согласны с утверждением – обведите ответ "Неверно".

Обведите ответ в подходящей колонке.	ВЕРНО	НЕВЕРНО
1. Я смотрю в будущее с надеждой и энтузиазмом.	Верно	Неверно
2. Стен же успеха я мог бы сдать, потому что я не могу сделать свою жизнь лучше.	Верно	Неверно
3. Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться вечно.	Верно	Неверно
4. Я не могу представить, какой будет моя жизнь через 10 лет.	Верно	Неверно
5. Мне не хватает времени, чтобы успевать делать то, что я хочу.	Верно	Неверно
6. В будущем я рассчитываю добиться успеха в том, что для меня важно.	Верно	Неверно
7. Мое будущее кажется мне мрачным.	Верно	Неверно
8. Я удачливый и ожидаю от жизни больше хорошего, чем обычный человек.	Верно	Неверно
9. Я не могу быть успешным сейчас и не вижу оснований для успеха в будущем.	Верно	Неверно

10. Мой прошлый жизненный опыт хорошо подготовил меня к будущему.	Верно	Неверно
11. Все, что я вижу впереди, это скорее неприятности, чем удовольствия.	Верно	Неверно
12. Я не ожидаю получить то, что действительно хочу.	Верно	Неверно
13. Когда я думаю о будущем, я ожидаю, что буду счастливее, чем сейчас.	Верно	Неверно
14. Дела идут совсем не так, как я хочу.	Верно	Неверно
15. Я очень верю в свое будущее.	Верно	Неверно
16. Я никогда не получаю того, чего хочу, поэтому глупо чего-то желать.	Верно	Неверно
17. Очень маловероятно, что в будущем меня ждет хоть какое-то реальное удовлетворение.	Верно	Неверно
18. Будущее кажется мне туманным и неопределенным.	Верно	Неверно
19. В будущем я могу ожидать больше хороших дней, чем плохих.	Верно	Неверно
20. Нет смысла пытаться получить что-либо из того, что я хочу, потому что вряд ли я добьюсь этого	Верно	Неверно

Обработка результатов

Просуммируйте цифры, соответствующие ранее выбранным ответам.

## Приложение 10

### Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

*Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Прочитайте внимательно каждое утверждение и отметьте ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной*

Д	Т		Д	Т	
		<b>Я испытываю напряжение, мне не по себе</b>			<b>Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</b>
	3	все время	3		практически все время
	2	часто	2		часто
	1	время от времени, иногда	1		иногда
	0	совсем не испытываю	0		совсем нет
		<b>То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство</b>			<b>Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</b>
0		определенно, это так		0	совсем не испытываю
1		наверное, это так		1	иногда
2		лишь в очень малой степени это так		2	часто

3		это совсем не так		3	очень часто
		<b>Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться</b>			<b>Я не слежу за своей внешностью</b>
	3	определенно это так, и страх очень сильный	3		определенно это так
	2	да, это так, но страх не очень сильный	2		я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
	1	иногда, но это меня не беспокоит	1		может быть, я стал меньше уделять этому внимания
	0	совсем не испытываю	0		я слежу за собой так же, как и раньше
		<b>Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</b>			<b>Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться</b>
0		определенно, это так		3	определенно, это так
1		наверное, это так		2	наверное, это так
2		лишь в очень малой степени это так		1	лишь в очень малой степени это так
3		совсем не способен		0	совсем не испытываю
		<b>Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</b>			<b>Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</b>
	3	постоянно		0	точно так, как и обычно
	2	большую часть времени		1	да, но не в той степени, как раньше
	1	время от времени		2	значительно меньше, чем раньше
	0	только иногда		3	совсем так не считаю
		<b>Я чувствую себя бодрым</b>			<b>У меня бывает внезапное чувство паники</b>
3		совсем не чувствую		3	действительно, очень часто
2		очень редко		2	довольно часто
1		иногда		1	не так уж часто
0		практически все время		0	совсем не бывает
		<b>Я легко могу сесть и расслабиться</b>			<b>Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы</b>
	0	определенно, это так		0	часто
	1	наверное, это так		1	иногда
	2	лишь изредка это так		2	редко
	3	совсем не могу		3	очень редко

Д \_\_\_\_\_ Т \_\_\_\_\_

Для интерпретации необходимо суммировать баллы по каждой подшкале (Д и Т) в отдельности:

0-7 баллов норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)

8-10 баллов субклинически выраженная тревога / депрессия

11 баллов и выше клинически выраженная тревога / депрессия

## Приложение 11

### Факторы суицидального риска, ФСР-26

Методика применения теста «ФСР-26» (факторы суицидного риска) для диагностики склонности к суициду.

Инструкция: Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «Да», если нет - поставьте «-» в графе «Нет». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

### Тест "ФСР-26"

Утверждения	«Да»(+)	«Нет»(-)
-------------	---------	----------

#### Мужской и женский варианты

1. Вы испытываете несправедливое отношение к себе со стороны близких Вам людей?
2. Чувствительности не может толкнуть Вас на необдуманый поступок?
3. Если Вы потеряете значимого для Вас человека, то Вам трудно будет без него дальше жить?
4. Вам постоянно мешают разные препятствия для удовлетворения своих желаний?
5. Вы довольны поведением тех людей, которые много для Вас значат?
6. Вы часто испытываете чувство одиночества?
7. Вам тяжело отказаться от своих привычек?
8. Любовь доставляет Вам удовольствие?
9. Вы ощущаете серьезный недостаток внимания со стороны окружающих?
10. Мысли о своей половой несостоятельности Вас тревожат?
11. Вы не сомневаетесь в целесообразности собственной жизни?
12. У Вас очень тяжелое заболевание?
13. Вы не считаете себя уродливым?
14. Вы не опасаетесь судебной ответственности?
15. Вы боитесь наказания или позора за свой проступок или преступление?
16. Вы способны себя очень сурово наказать за неблаговидный поступок?
17. В своей профессиональной области Вы не состоялись?
18. К Вам предъявили несправедливые требования по исполнению Вами своих профессиональных обязанностей?
19. Вы испытываете серьезные материальные и бытовые трудности?
20. Вы можете себя считать способным на крайние действия в сложной ситуации?
21. Вы трудно переносите сильные психоэмоциональные нагрузки?
22. Вы часто категоричны и прямолинейны в своих суждениях?
23. Будущее Вам кажется мрачным и бесперспективным?
24. У Вас есть хорошие прогнозы своего будущего?
25. Вы часто занижаете свои способности?
26. Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в экстремальной ситуации?

### ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Обработка результатов обследования с помощью тестовой методики "ФСР-26" производится следующим образом. Совпадение ответа на ключевой вопрос шкалы оценивается в 1 балл. После подсчета баллов определяется наличие или отсутствие суицидального поведения.

### "Ключи" для обработки данных теста "ФСР-26"

Наименование шкалы	Содержание ответов	Порядковый номер высказываний
Склонность к суицидным реакциям Ш КАЛА 1	«Да»(+)  «Нет»(-)	1,3,4,6,7,9,12, 15,16,17,18,19,20, 22,23,25,26; 2,5,8,10,11,13,14, 24
Устойчивость к психо-эмоциональным нагрузкам Ш КАЛА 2	«Да»(+) «Нет»(-)	1,3,4,6,9,21,23,25; 5,8,10,24

Характеристика уровней склонности к суицидальным реакциям и устойчивости к психоэмоциональным нагрузкам, может быть выражена в виде предварительного диагностического заключения.

## Приложение 12 Опросник SCL-90

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Поставьте 1 в ячейке с тем ответом, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодняшний день. Будьте внимательны. В каждой строке должна стоять только одна оценка.

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

14.Упадок сил или заторможенность					
15.Мысли о том, чтобы покончить с собой					
16.То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие					
17.Дрожь					
18.Чувство, что большинству людей нельзя доверять					
19.Плохой аппетит					
20.Слезливость					
21.Застенчивость или скованность в общении с лицами противоположного пола					
22.Ощущение, что Вы в западне или пойманы					
23.Неожиданный или беспричинный страх					
24.Вспышки гнева, которые Вы не могли сдерживать					
25.Боязнь выйти из дома одному					
26.Чувство, что Вы сами во многом виноваты					
27.Боли в пояснице					
28.Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо					
29. Чувство одиночества					
30. <i>Подавленное настроение, хандра</i>					
<b>Насколько сильно вас тревожили в течение недели и сегодня</b>	<b>Совсем нет</b>	<b>Немного</b>	<b>Умеренно</b>	<b>Сильно</b>	<b>Очень сильно</b>
31.Чрезмерное беспокойство по разным поводам					
32.Отсутствие интереса к чему-либо					
33.Чувство страха					
34.То, что Ваши чувства легко задеть					
35.Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли					
36.Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам					
37.Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь					
38.Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки					
39.Сильное или учащенное сердцебиение					
40.Тошнота или расстройство желудка					
41.Ощущение, что Вы хуже других					
42.Боли в мышцах					
43.Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас					

44. То, что Вам трудно заснуть					
45. Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете					
46. Трудности в принятии решений					
47. Боязнь езды в автобусах					
48. Затрудненное дыхание					
49. Приступы жара или озноба					
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают					
51. То, что Вы легко теряете мысль					
52. Онемение или покалывание в различных частях тела					
53. Комок в горле					
54. Ощущение, что будущее безнадежно					
55. То, что Вам трудно сосредоточиться					
56. Ощущение слабости в различных частях тела					
57. Ощущение напряженности или взвинченности					
58. Тяжесть в конечностях					
59. Мысли о смерти					
60. <i>Переедание</i>					
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами					
62. То, что у Вас в голове чужие мысли					
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо					
64. Бессонница по утрам					
65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать					
<b>Насколько сильно вас тревожили в течение недели и сегодня</b>	<b>Совсем нет</b>	<b>Немного</b>	<b>Умеренно</b>	<b>Сильно</b>	<b>Очень сильно</b>
66. Беспокойный и тревожный сон					
67. Импульсы ломать или крушить что-либо					
68. Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие					
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими					
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)					
71. Чувство, что все, чтобы Вы ни делали, требует больших усилий					
72. Приступы ужаса или паники					
73. Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях					

74. То, что Вы часто вступаете в спор					
75. Нервозность, когда Вы оставались одни					
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения					
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми					
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте					
79. Ощущение собственной никчемности					
80. Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое					
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами					
82. Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях					
83. Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите					
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли					
85. Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи					
86. Кошмарные мысли или видения					
87. Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке					
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому					
89. Чувство вины					
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное					