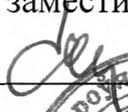


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

 Д.Л.Пиневич

«16» марта 2018 г.

Регистрационный номер № МК - 0118



МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРУДОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОГО  
ПРОФИЛАКТОРИЯ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
психического здоровья»

АВТОРЫ:

к.м.н. Григорьева И.В., к.м.н., доцент Кралько А.А.

Минск, 2018

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод комплексной медицинской реабилитации с использованием трудотерапии (МКРТ) пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в условиях лечебно-трудового профилактория (ЛТП). МКРТ представляет программу реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях ЛТП, утративших социально-психологическую адаптацию, имеющих потерю или значительное снижение уровня трудовой квалификации. МКРТ направлен на прекращение потребления алкоголя, ресоциализацию – восстановление социального, трудового и личностного статусов, первичную реадaptацию в условиях ЛТП.

Инструкция предназначена для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, других врачей-специалистов организаций, психологов и может быть использована в комплексе медицинских услуг, оказывающих медицинскую помощь пациентам с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в ЛТП.

#### ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) у лиц, находящихся в ЛТП.

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1. Грубые нарушения когнитивных функций.
2. Психотические формы психических и поведенческих расстройств.
3. Сопутствующие соматические заболевания в фазе обострения.
4. Острые инфекционные заболевания.
5. Отсутствие готовности к сотрудничеству.

#### ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

1. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ -10).
4. Мультимедийная система: воспроизведение релаксационных музыкальных программ, аудиокниг и фильмов для проведения групповой психотерапии и психокоррекции.
5. Наличие 7-12 мягких стульев для проведения групповых занятий с пациентами.
6. Удобное отдельное помещение площадью 20-30 кв. метров.

## ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДА

Метод, изложенный в настоящей инструкции, реализуется поэтапно и предусматривает проведение комплекса медицинских, психотерапевтических, психологических, социальных и трудовых мероприятий для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. МКРТ осуществляется мультидисциплинарной командой, в которую входят: заместитель начальника по лечебно-профилактической работе (главный врач, врач-специалист) ЛТП, врач-психиатр-нарколог, психолог, заместитель начальника по исправительному процессу ЛТП, начальник отряда.

МКРТ основан на принципе преемственности, который предусматривает согласованное взаимодействие всех специалистов ЛТП, участвующих в реабилитационном процессе и согласуется с клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387.

МКРТ пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях ЛТП, включает:

выделение групп пациентов с одинаковым уровнем реабилитационного потенциала для создания эффективных условий формирования и последующего воздействия реабилитационной среды;

определение объема и количества реабилитационных вмешательств для каждого периода реабилитационного процесса;

подбор видов труда с учетом индивидуальных психологических особенностей, реабилитационного потенциала и направленности мотивации к труду для каждого этапа комплексной медицинской реабилитации;

контроль и коррекцию проводимых вмешательств на каждом этапе реабилитационного процесса.

МКРТ основан на индивидуальном подходе к применению диагностических и реабилитационных вмешательств, обеспечивающих максимальную вовлеченность пациента в реабилитационный процесс.

МКРТ включает четыре периода, представленные в таблице 1.

Таблица 1. Периоды и этапы комплексной медицинской реабилитации с использованием трудотерапии (МКРТ)

Название периода медицинской реабилитации	Название этапа медицинской реабилитации, задачи	Продолжительность
<b>Восстановительный</b>	<p><b>Клинико-диагностический</b> (в медицинской части ЛТП).                      Задачи этапа: диагностика психических и соматических проявлений синдрома зависимости от алкоголя.</p>	5 дней
<b>Предреабилитационный</b>	<p><b>Информационно-мотивационный:</b> (в медицинской части ЛТП) – включает проведение мотивированного интервьюирования с целью достижения осознанности алкогольных проблем пациентом, формирования мотивации относительно изменений зависимого поведения и восстановления трудовой деятельности.                      Позволяет актуализировать установки на лечение, реабилитацию и трудовую деятельность.  <b>Задачи:</b>                      1) проведение клинико-психологической диагностики для определения алгоритма подбора видов труда: уровня реабилитационного потенциала (УРП); мотивации потребления алкоголя (МП); мотивов трудовой деятельности;                      2) определение уровня депрессии и назначение при необходимости антидепрессантов (Шкала депрессии Бека);  <b>Адаптационный:</b> адаптация к пребыванию в ЛТП  <b>Задачи:</b>                      1) преодоление алкогольной анозогнозии;                      2) проработка имеющегося негативного опыта;                      3) формирование мотивации на участие в реабилитационном процессе;                      4) подбор видов труда согласно</p>	9 дней

	<p>«Алгоритму подбора видов труда для пациентов ЛТП с учетом индивидуальных психологических особенностей, реабилитационного потенциала и направленности мотивации к труду»;</p> <p>5) формирование социально приемлемых установок, ориентированных на актуализацию и восстановление трудовой деятельности.</p>	
<p><b>Реабилитационный</b></p>	<p><b>Интеграционный:</b> это основной этап, направленный на интеграцию пациентов в режим деятельности ЛТП, обеспечивающий выполнение основных целей и задач реабилитации.</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проведение психотерапевтической и психокоррекционной (библиотерапия, фильмотерапия, краткосрочные вмешательства) работы;</li> <li>2) реализация программы трудотерапии;</li> <li>3) подбор видов труда согласно «Алгоритму взаимодействия мотивационных стратегий и видов труда для каждого этапа реабилитации согласно определенному объему медицинских, психокоррекционных, трудовых мероприятий»;</li> <li>4) включение в трудовой процесс и восстановление трудовой деятельности.</li> </ol> <p><b>Ресоциализационный:</b> подразумевает обучение навыкам социального функционирования.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формирование и структурирование новых стандартов трезвого поведения;</li> <li>2) обучение техникам безопасного поведения, преодоления стрессов и собственных эмоциональных реакций;</li> <li>3) обучение коммуникативным, социальным, бытовым и трудовым навыкам.</li> </ol>	<p>5-10 месяцев</p>

<p><b>Предварительной реадаптации</b></p>	<p><b>Мотивационный:</b> включает проведение мотивированного интервьюирования и краткосрочных вмешательств с целью восстановления социальной компетенции и достижения пациентом мотивации для выполнения стандартов трезвости.</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формирование мотивации на восстановление социальной компетенции и установок на общественно-полезный труд;</li> <li>2) повышение мотивации для выполнения стандартов трезвости.</li> </ol> <p><b>Реадаптационный:</b> направлен на адаптацию к трудовой деятельности за пределами ЛТП.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проработка возможных вариантов трудовой деятельности за пределами ЛТП;</li> <li>2) ознакомление с «маршрутной картой» трудоустройства.</li> </ol>	<p>21 день (не позднее 1 месяца до окончания срока пребывания в ЛТП)</p>
<p><b>Постреабилитационный</b></p>	<p><b>Стабилизационный:</b> проводится в амбулаторных условиях под наблюдением врача-психиатра-нарколога наркологического диспансера или кабинета.</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) включение в работу общества анонимных алкоголиков (АА) для закрепления стандартов трезвости;</li> <li>2) закрепление и поддержание социальных, личностных компетенций;</li> <li>3) закрепление установок на трудовую деятельность, ориентированных на общественно-полезный труд и сотрудничество с другими людьми.</li> </ol> <p><b>Противорецидивный:</b> также проводится в амбулаторных условиях под наблюдением врача-психиатра-нарколога наркологического диспансера или кабинета и направлен на профилактику рецидивов.</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оказание при необходимости психотерапевтической помощи;</li> <li>2) проведение психокоррекционных</li> </ol>	<p>12 месяцев (после окончания срока пребывания в ЛТП)</p>

	мероприятий для закрепления законопослушных намерений, урегулирования отношений в семье, с работодателем и с правоохранительными органами.	
--	--	--

## АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ЛТП ПО ПОДБОРУ ВИДОВ ТРУДА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ЛТП

Подбор видов труда для пациентов ЛТП осуществляется врачом-психиатром наркологом с учетом результатов клинико-психологического обследования и уровня реабилитационного потенциала.

1. Клинико-психологическое обследование проводится психологом с использованием следующих методик:

для оценки мотивации потребления алкоголя: опросник В.Ю. Завьялова «Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и у здоровых» (приложение 1);

для определения уровня реабилитационного потенциала: шкала оценки уровней реабилитационного потенциала (Т.Н. Дудко, 2006 г.) с оценкой клинических особенностей синдрома зависимости от алкоголя, общего состояния здоровья, сохранность профессиональных навыков и отношение к работе, личностных изменений (приложение 2);

для определения уровня аффективных расстройств: шкала депрессии Бека, которая включает набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии (приложение 3).

2. Определение условий труда на основе уровня реабилитационного потенциала (УРП) – позволяет оценить комплекс медицинских, психологических и социальных факторов, определяющих специфику клинической картины данного пациента, и возможности восстановления нарушенных социальных функций, которые создадут условия для участия в трудовой деятельности и формирования продолжительных ремиссий высокого качества.

Подбор условий труда осуществляется согласно выявленному УРП, который определяет условия труда: легкий, средний и тяжелый труд.

Низкий УРП – определяет выбор легких условий труда (выполнение работы возможно только в специально созданных производственных условиях и при снижении объема работы и квалификации).

Средний УРП – определяет выбор условий труда со средними нагрузками (выполнение работы в своей профессии со снижением объема работы или снижением квалификации).

Высокий УРП – определяет выбор условий труда, обеспечивающих выполнение работы в полном объеме.

### 3. Определение содержания труда:

наличие профессии или отсутствие определяют рекомендации по содержанию труда – сложный или простой труд;

наличие профессии и сохранных профессиональных навыков определяют выбор сложного труда;

отсутствие профессии предполагает выбор простого труда или профессиональной переподготовки.

### 4. Определение характера и средств труда.

Характеристики индивидуально-психологических особенностей личности (личностные мотивы употребления алкоголя) определяют характер труда (индивидуальный и коллективный) и средства труда (ручной и механизированный).

Пациентам с выраженным гедонистическим мотивом, отражающим стремление получить физическое и психологическое удовлетворение от действия алкоголя, рекомендован индивидуальный труд. В этом случае будет учитываться динамика работоспособности, утомления и удовлетворения трудом. Таким пациентам, как правило, показан ручной труд в связи с его простотой и максимальной личной вовлеченностью. Пациентам с доминирующим атактическим мотивом, для которых характерно желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания и достичь релаксации после напряжения, рекомендован коллективный труд. Такой труд будет развивать коммуникативные способности, создавать своевременные возможности обмена трудовым опытом, обеспечивать комфортный темп. В процессе коллективного труда возможно

проведение релаксационных технологий во время перерывов в работе. Таким пациентам, как правило, показан ручной труд в спокойном ритме.

Пациентам с преобладающим мотивом гиперактивации, отражающим стремление выйти из состояния скуки и бездействия, активизировать собственные мыслительные процессы и повысить эффективность деятельности, рекомендован коллективный труд для активации коммуникативных способностей, создания атмосферы соревновательного процесса и повышения заинтересованности пациентов в результатах труда. Таким пациентам показан механизированный труд, требующий от работника высокой внимательности, обучаемости, скорости реакции, что обеспечит развитие способности точного программирования и контроля своей трудовой деятельности.

Пациентам с выраженным похмельным мотивом, отражающим желание снять абстинентные явления, улучшить самочувствие рекомендован коллективный труд, который будет обеспечивать ресурсную поддержку со стороны коллектива, укрепление трудовой дисциплины, создание возможности обмена трудовым опытом, а также проведение релаксационных технологий во время перерывов в работе. Таким пациентам показан ручной труд в связи с его простотой и возможностью развития выносливости.

Пациентам с доминирующим аддиктивным мотивом, которому соответствует фиксация в сознании истинного влечения к алкоголю, рекомендован индивидуальный ручной труд в связи с необходимостью фокусирования внимания пациента на трудовом процессе, повышения осознанности и осмысленности трудовых операций, а также для преодоления давления группы с алкогольной субкультурой.

Пациентам с ведущим мотивом самоповреждения, который отражает стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, рекомендован коллективный труд для развития коммуникативных способностей, формирования новых социальных связей и демонстрации собственной ценности в процессе трудовой деятельности. Таким пациентам показан ручной труд с использованием различных способов поощрения по результатам труда.

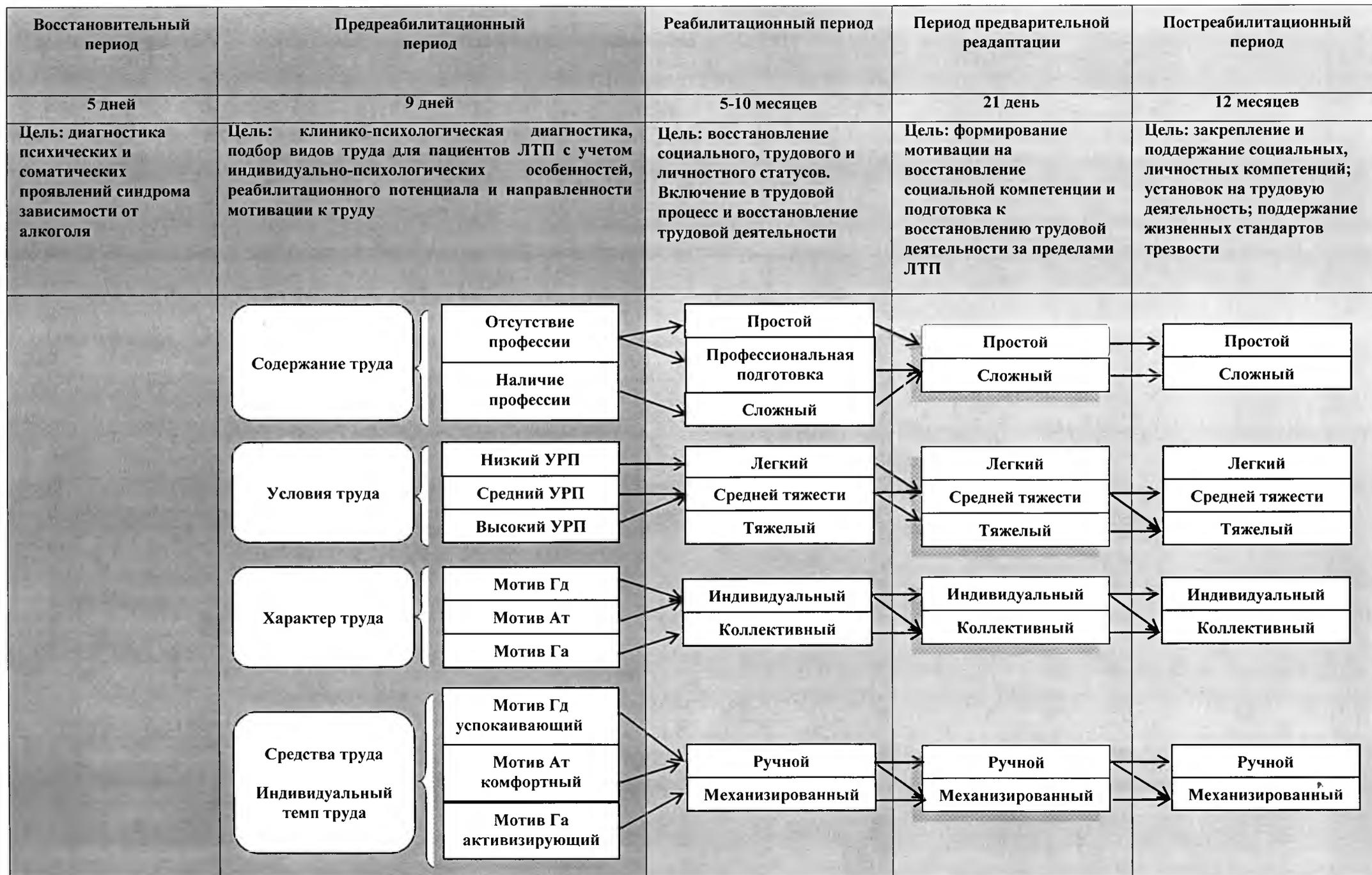


Рисунок 1. Алгоритм взаимодействия мотивационных стратегий и видов труда для каждого периода медицинской реабилитации

## РАСПОРЯДОК ДНЯ ПАЦИЕНТА ЛТП

Распорядок дня для пациента программы комплексной медицинской реабилитации необходим для выработки дисциплины и ответственности. Также распорядок дня включает планирование трудовых мероприятий в рамках трудотерапии с учетом индивидуальных особенностей пациента (трудовые навыки, состояние здоровья и психическое состояние). Распорядок дня пациента ЛТП представлен в таблице 2.

Таблица 2. Распорядок дня пациента ЛТП.

№	Мероприятия	Понедельник – пятница	Суббота – воскресенье
1.	Подъем	6:00	7:00
2.	Утренний туалет	6:00-6:10	7:00-7:10
3.	Уборка	6:10-6:25	7:10-7:25
4.	Завтрак	6:25-7:00	7:25-8:00
5.	Проведение психокоррекционных вмешательств	7:00-7:45	
6.	Групповая психотерапия	8:00-10:15	8:00-12:00
7.	Медико-социальная реадaptация с трудотерапией	10:30-12:30	
8.	Обед	12:00-12:30	12:00-12:30
9.	Медико-социальная реадaptация с трудотерапией	13:30-17:30	
10.	Групповая психотерапия		12:30-17:00
11.	Работа с дневником участника МКРТ	17:30-18:30	17:30-18:30
12.	Ужин	19:00-19:45	19:00-19:45
13.	Личное время	19:45-21:45	19:45-21:45
14.	Подготовка ко сну	21:45-22:00	21:45-22:00
15.	Отбой	22:00	22:00

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Для фиксации врачебных назначений и проводимых реабилитационных вмешательств используется «Индивидуальная карта комплексной медицинской реабилитации» включающая основную информацию о социально-психологическом статусе пациента – специальность, уровень реабилитационного потенциала (УРП), мотивах потребления алкоголя, уровень депрессии; рекомендации по подбору вида труда в соответствии с алгоритмом подбора видов труда; лечебные мероприятия.

Карта, представленная в таблице 3, заполняется врачом-психиатром-наркологом. Сведения о имеющемся УРП, выявленных мотивах потребления алкоголя и уровню депрессии предоставляются психологом (приложение 1, 2, 3) и в дальнейшем вместе с рекомендуемым видом труда фиксируются отметкой ✓. В разделе «Лечебные мероприятия» отмечаются назначения врача-психиатра-нарколога, делается отметка о ответственном за мероприятие и дате проведения, ставится подпись ответственного.

Таблица 3. Индивидуальная карта комплексной реабилитации МКРТ

Индивидуальная карта комплексной медицинской реабилитации с использованием трудотерапии в условиях лечебно-трудового профилактория  
 ФИО \_\_\_\_\_ Год рождения \_\_\_\_\_ № карты \_\_\_\_\_ отряд \_\_\_\_\_

Специальность				Уровень депрессии:
<b>УРП:</b>	Высокий	Средний	Низкий	Высокий
<b>Мотив потребления алкоголя:</b>	Традиционный Субмиссивный Псевдокультуральный	Гедонистический Атарактический Гиперактивации	Похмельный Аддиктивный Самоповреждения	Средний Низкий Отсутствует
<b>Рекомендуемый вид труда:</b>	<b>По условиям:</b> Легкий Средний Тяжелый	<b>По характеру:</b> Индивидуальный Коллективный	<b>По содержанию:</b> Простой Сложный	<b>По использованию средств труда:</b> Ручной Механизированный
<b>Лечебные мероприятия</b>	<b>Дата</b>			<b>Ответственный*</b>
<b>Медикаменты</b>				
Антидепрессанты				Вр Мс
Ноотропы				Вр Мс
Аминокислоты				Вр Мс
Витамины				Вр Мс
Другое				Вр
<b>Психокоррекция</b>				Пс
Мотивированное интервьюирование				Вр, Пс
Фильмотерапия				ЗИп
Библиотерапия				ЗИп
Арт терапия				Вр, Пс
Кратковременное вмешательство				Вр, Пс
<b>Психотерапия (ИПТ/ГПТ**)</b>				Вр
Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ)				Вр
Интегративная психотерапия				Вр
Релаксация				Вр, Пс

\* Зам. начальника по исправительному процессу (ЗИп) \_\_\_\_\_

Врач-психиатр-нарколог (Вр) \_\_\_\_\_

Психолог (Пс) \_\_\_\_\_ Медсестра (Мс) \_\_\_\_\_

\*\*Форма проведения психотерапии ИПТ – индивидуальная психотерапия; ГПТ – групповая психотерапия

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МКРТ

Для оценки эффективности проведенной МКТР используются следующие показатели:

удельный вес пациентов, включенных в проведение МКТР;

удельный вес пациентов, прервавших прохождение МКТР;

удельный вес пациентов, успешно завершивших МКТР в полном объеме.

Первый и последний показатель является показателям результативности МКТР.

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОШИБОК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

При применении МКРТ важно соблюдать принцип добровольного информированного согласия. При принудительном применении метода возможен обратный эффект.

В связи с тем, что новые пациенты реабилитационной программы могут сохранять деструктивные стереотипы поведения и позволять себе отклоняться от правил (демонстрировать нежелание изменить своё поведение, проявляющееся бунтом, пассивностью, агрессией, провокацией и т.д.), целесообразным являются сдерживающие ограничения:

проведение индивидуальной разъяснительной беседы о недопустимых формах поведения и однократное отстранение от занятий в группе. В процессе беседы предлагаются возможные варианты решения возникших проблемных вопросов. Часто однократно принятые меры дисциплинарного характера бывают эффективны и помогают участнику программы переосмыслить и изменить свое поведение;

рассмотрение проблемного поведения участника программы на заседании врачебной комиссии с участием главного врача ЛТП.

**«МОТИВАЦИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ» (ОПРОСНИК В.Ю. ЗАВЬЯЛОВА)**

Определенным преимуществом методики является направленность на мотивацию потребления - менее скрываемый фактор, чем количество и частота приема спиртных напитков.

Опросник включает 9 шкал по 5 утверждений в каждой; ответ а) дает 3 балла, б) - 2 балла, в) - 1, г) - 0 баллов. Шкалы (максимально возможное количество баллов по каждой из шкал - 15, минимальное - 0; чем больше баллов набрано по какой-либо шкале, тем более значимы для обследуемого данные мотивы):

**I. Первая триада шкал образует группу "социально-психологических" мотивов приема алкоголя:**

1. Традиционные, социально-обусловленные, культурально - распространенные мотивы (утверждения 1,10,19,28,37).

2. Субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема алкоголя (2,11,20, 29,38).

3. Псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к "алкогольным ценностям" социальной микросреды, в которой он функционирует (3,12,21,30,39).

**II. Вторая триада образует группу личностных, персональных мотивов потребления алкоголя:**

4. Гедонистические мотивы, отражающие стремление получить физическое и психологическое удовлетворение от действия алкоголя, а также опыт переживания алкогольной эйфории (4,13,22,31,40).

5. Атарактические мотивы, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания - напряжение, тревогу, страх с помощью алкоголя (5,14, 23,32,41).

6. Мотивы гиперактивации поведения (стимулирующий, растормаживающий эффект) и насыщения сенсориума с помощью выпивки, отражающие стремление выйти из состояния скуки, психологической "пустоты", душевного бездействия, либо желание усилить эффективность своего поведения (6,15,24, 33,42).

**III. Третья триада образует собственно патологическую мотивацию потребления алкоголя, фактор болезненного влечения:**

7. "Похмельная" мотивация - стремление с помощью алкоголя снять абстинентные явления, дискомфорт, связанный с отсутствием алкоголя, улучшить самочувствие (7,16,25,34,43).

8. Аддитивные мотивы, отражающие фиксацию в сознании истинного влечения к алкоголю, "жажду" алкоголя (8,17,26,35,44).

9. Мотивы самоповреждений - стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, из-за потери, якобы, перспективы в будущем для себя, утраты смысла жизни (9,18,27,36,45).

До 35 баллов - злоупотребления алкоголем нет, 35-50 баллов - проявления злоупотребления алкоголем, свыше 50 баллов - болезненное пристрастие, злоупотребление (В.Ю. Завьялов, 1986).

**Образец бланка опросника**

(Фамилия, Имя, Отчество)

дата заполнения

Инструкция: на каждое предлагаемое утверждение дайте один из наиболее подходящих для Вас ответов: а) весьма часто возникает причина или условие приема алкоголя; б) редко, но не менее, чем 2 раза в жизни; в) сомневаюсь; г) совершенно не подходит ко мне.

Возраст ___ пол: м /ж наследственность _____ семья полная / неполная _____	а) часто	б) редко	в) сомневаюсь	г) совершенно не подходит
1.Алкоголь употребляют тогда, когда он доступен и есть деньги				
2.Пробуют алкоголь, чтобы понять ощущения других людей.				
3.Употребление алкоголя – это личное дело, каждый делает свой выбор.				
4.Алкоголь создает «кайф», психические и физические удовольствия.				
5.Алкоголь освобождает от внутреннего напряжения, чувства тревоги, страха, беспокойства				
6.Употребление алкоголя позволяет избавиться от состояния скуки, пустоты, одиночества				
7.Чтобы чувствовать себя в «норме», необходимо употребить определённую дозу алкоголя				
8.Чтобы избавиться от мыслей о тяжести состояния «похмелья» – лучше принять алкоголь.				
9.Алкоголь употребляют назло всем, чтобы досадить окружающим				
10.Употребление алкоголя приемлемо по праздникам, в выходные дни и для усиления чувства радости				
11.В компании употребляют алкоголь, чтобы отказом не испортить отношения с друзьями				
12.Алкоголь не более опасен, чем табак				
13.Алкоголь употребляют из любопытства, чтобы испытать себя и новые, неизведанные ощущения				
14.Употребление алкоголя является возможностью уйти от действительности, повседневной суеты.				
15.Алкоголь необходим для того, чтобы изменить своё состояние, обострить чувства и интерес к жизни				
16.Приём алкоголя способствует избавлению от «ломки».				
17.Алкоголь употребляют, осознавая свою зависимость от него				
18.Употребление алкоголя вызвано утратой смысла жизни				
19.Употребление алкоголя по случаю встречи с друзьями позволяет избавиться от скуки и безделья				
20.Употребляют алкоголь в компаниях для того, чтобы не казаться «слабаком и белой вороной».				
21.Можно употреблять алкоголь и не попасть в зависимость.				
22.Алкоголь позволяет человеку пережить чувства благополучия и счастья				
23.Алкоголь помогают забыть конфликты с близкими, неприятные события, горе, разочарования				
24.Мир мечтаний и фантазий, создаваемых алкоголем, стимулирует духовную деятельность, заполняет душевую пустоту				
25.Отсутствие дозы алкоголя вызывает внутреннее напряжение, тревогу, апатию				
26.Дозу алкоголя увеличивают потому, что невозможно перебороть в себе тягу к удовольствию от него				

27.Алкоголь употребляют из-за духа противоречия обществу, нежелания быть примерным, правильным, таким как всё.				
28.Употребление алкоголя позволяет выделиться из общей массы людей, создаёт особую «крутизну», «драйв»				
29.Алкоголь употребляют в компании, чтобы « не комплексовать», не быть «белой вороной»				
30.Употребление алкоголя является способом самовыражения				
31.Употребление алкоголя способствует приятному весёлому времяпровождению, общению, помогает расслабиться				
32.Отсутствие возможности реализовать свои потребности, организовать личную жизнь вынуждает употреблять алкоголь				
33.Алкоголь прибавляет сил и энергии, возбуждает, активизирует, служит допингом				
34.После приёма алкоголя поднимается настроение, восстанавливается работоспособность				
35.Наличие дозы алкоголя вызывает желание её немедленно принять				
36.Непонимание окружающих, неверие в способности и возможности человека вынуждают принимать алкоголь				
37.Употребление алкоголя престижно, создаёт авторитет в глазах окружающих				
38.Алкоголь употребляют под давлением компании, в результате насилия				
39.Употреблять алкоголь модно				
40.Опыт удовольствия от алкоголя заставляет повторять его снова и снова				
41.Употребление алкоголя сглаживает негативные передвижения, вызванные недостатком денежных средств, проблемами взаимоотношений в семье и на работе				
42.Алкоголь позволяет чувствовать себя сильным и свободным				
43.Приём очередной увеличивающейся дозы алкоголя создаёт новые, более сильные ощущения удовольствия				
44.К алкоголю можно испытывать чувство «любви»: постоянно стремиться к нему, тосковать и радоваться, наслаждаться встречей				
45.Потеря перспективы будущего, смысла и ценности жизни вынуждает употреблять алкоголь				

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Шкала заполняется специалистом, проводящим клинико-психологическую диагностику.

Основные составляющие реабилитационного потенциала:		Баллы
I БЛОК – ПРЕМОРБИД		
1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (мать, отец, сестра, брат):	Неотягощена	5
	Отягощена: алкоголизм, наркомания психические заболевания	-2 -2
2. Наследственность по восходящей линии:	Неотягощена	3
	Отягощена: алкоголизм, наркомания психические заболевания	-1 -1

3. Условия воспитания:	В полной семье	5
	Только матерью	2
	Только отцом	2
	У родственников	1
	В приемной семье	-1
	В детском доме	-2
4. Материальное положение семьи:	Хорошее	4
	Среднее	3
	Плохое	1
5. Отношение между родителями:	Ровные (хорошие, удовлетворительные)	4
	Неровные (периодически конфликтные)	2
	Постоянно конфликтные	-1
6. Физическое развитие:	Норма	5
	Задержка	3
	Патология	-1
7. Степень тяжести соматических заболеваний:	Легкая	4
	Средняя	2
	Тяжелая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией)	-1
8. Психическое развитие	Норма	5
	Задержка	3
	Патология	-1
9. Психические девиации:	Отсутствуют	4
	Акцентуация	0
	Невротическая личность	-1
	Психопатия	-2
10. Особенности поведения:	Норма	5
	Девиантность	0
	Делинквентность	-1
11. Закончил до начала злоупотребления алкоголем:	ВУЗ	5
	Среднюю школу, техникум и пр.	4
	Неполное среднее	3
	7-8 классов	2
	5-6 классов	1
	4 и менее классов	-1
12. Успеваемость в школе:	Отлично и хорошо	5
	Хорошо	4
	Посредственно	3
	Неудовлетворительно	-1
13. Степень устойчивости интересов и увлечений:	Устойчивые	4
	Без особенностей	3
	Неустойчивые	-1
14. Отношение к труду:	Позитивное	4
	Неустойчивое	2
	Негативное	-1

15.Наличие профессии:	Имеет	4
	Частично приобретена	2
	Не имеет	-1
16. Антисоциальные поступки	Не было	4
	Были	-1
17.Сексуальная сфера:	Норма	4
	Снижение потенции	1
	Снижение либидо	1
	Импотенция	-1
	Фригидность	-1
	Перверсии	-2
18.Начало употребления алкоголя	До 11 лет	-1
	12-15 лет	0
	16-17 лет	1
19. Употребление ПАВ (кроме алкоголя):	Не употребляет	5
	Единичные случаи	0
	Умеренное	-1
	Часто (1-2 раза в неделю)	-4
<b>II БЛОК – КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
1.Возраст начала злоупотребления алкоголем:	20 лет и старше	4
	18-19 лет	3
	16-17 лет	1
	12-15 лет	-1
2.Продолжительность заболевания:	До 6 месяцев	5
	До 1 года	4
	От 1 до 3 лет	0
	Более 3 лет	-1
3.Стадия синдрома зависимости (по МКБ –10):	Начальная (первая) стадия зависимости	-1
	Средняя (вторая) стадия зависимости	-2
	Конечная (третья) стадия зависимости	-3
4.Параллельное злоупотребление ПАВ:	Отсутствует	4
	Каннабиноидами (гашиш и пр.)	0
	Психостимуляторами	-1
	Галлюциногенами	-1
	Транквилизаторами	-1
5.Способ введения наркотика:	Интраназально, курит, орально	-1
		-2
	Внутримышечное или подкожное	-3
	Внутривенно	
6. Вид влечения к алкоголю в ремиссии (на этапах реабилитации)	Отсутствует	2
	Периодический, навязчивый	-1
	Периодический компульсивный	-2
	Постоянный	-3

7. Степень выраженности синдрома отмены (ААС):	Лёгкая Средняя Тяжелая	0 -1 -2
8. Суицидальные тенденции:	Отсутствуют Мысли Действия	4 -1 -2
9. Суицидальные тенденции проявляются:	в состоянии ААС в опьянении в ремиссии	-1 -2 -3
10. Ремиссии:	Спонтанные Терапевтические Вынужденные Отсутствуют	4 2 1 -3
11. Заболевания, приобретенные в период злоупотребления алкоголем:	Отсутствуют Ч/м травма Сифилис Гепатит Прочее ВИЧ-инфекция	4 0 -1 -1 -1 -3
12. Употребление наркотиков в период заболевания алкоголизмом:	Не употребляет Эпизодическое употребление Болезненная зависимость Комбинирует с наркотиками	4 -1 -2 -2
13. Приобретенные психопатологические нарушения:	Отсутствуют Эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии) Астенический (неврастенический) синдром Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	4 -1 -1 -2
14. Сексуальность:	Норма Снижение потенции Снижение либидо Импотенция (фригидность) Перверсии	4 1 1 -1 -2
15. Сексуальная жизнь:	Регулярно Редко Отсутствует	4 2 1
16. Критика к заболеванию алкоголизмом:	Сохранена Частично сохранена Отсутствует	4 1 -3
17. Вид согласия на участие в лечебно-реабилитационном процессе (ЛРП):	Добровольное Добровольно-принудительное Недобровольное	4 0 -3
18. Мотивы добровольного согласия на участие в ЛРП:	Мотивы роста Мотивы прагматические	3 1

III БЛОК – ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ		
1. Семейный статус:	Женат/замужем	3
	Сожительство (постоянное)	2
	Не женат/не замужем	0
2. Живет:	В семье родителей	3
	В семье жены (мужа)	2
	В своей семье	1
	Один	-1
3. Жена /муж, сожитель/сожительница:	Не злоупотребляет алкоголем	4
	Не употребляет наркотики	4
	Болен (а) алкоголизмом	-3
	Болен наркоманией	-3
4. Семейные отношения:	Нормализованы	4
	Умеренно конфликтные (напряженные)	1
	Средне конфликтные	1
	Крайне конфликтные	2
5. Образование:	Высшее	5
	Незаконченное высшее	4
	Среднее техническое	3
	Среднее	2
	Незаконченное среднее	1
	Начальное	1
6. Трудовой статус:	Работает или учится	4
	В академическом отпуске	0
	Не учится и не работает	3
7. Судимость:	Отсутствует	4
	Привлекался к уголовной или административной ответственности (не направлялся в исправительно-трудовое учреждение)	-1
	Был осужден 1 раз	-2
	Был осужден 2 и более раз	-3
8. Круг социальных интересов:	Высокий (разнообразный)	4
	Средний (однообразный)	2
	Низкий	0
9. Отношение родственников к злоупотреблению алкоголем:	Активное противодействие	4
	Неодобрительное	2
	Индифферентное	0
	Способствуют алкоголизации	-2
10. Профессиональные навыки и интересы:	Сохранены	4
	Частично утрачены	1
	Утрачены	-1
11. Отношение к работе и учебе:	Творческое	4
	Активное	3
	Безразлично-пассивное	-1
	Негативное	-2

IV БЛОК – ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ (приобретенные в процессе заболевания)	
1. Морально-этические нарушения	
Практически отсутствуют	4
Легкие (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позёрство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.)	-1
Средние (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/ отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность, погружение в алкогольную субкультуру и пр.)	-2
Тяжелые (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, утрата материнского/ отцовского инстинкта, антисоциальность, погружение в алкогольную субкультуру и принятие её идеологии и пр.)	-3
2. Интеллектуально-мнестическое нарушения	
Практически отсутствуют	4
Легкие (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.)	-1
Средние (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.)	-2
Тяжелые (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.)	-3
3. Эмоциональные нарушения	
Практически отсутствуют	4
Лёгкие (несвойственная до употребления алкоголя	-1

эмоциональная лабильность, напряжённость, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.)		
Средние (аффективная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.)		-2
Тяжелые (недержание аффектов, эмоциональное оупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.)		-3
4.Социофобия:	Отсутствует	4
	Выражена	-1
5.Деграация личности:		
Отсутствует		4
Легкая (включает лёгкие морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, наличие первых признаков социальной дезадаптации на фоне синдрома зависимости начальной (первой) стадии)		-1
Средняя (включает средней выраженности морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоционального нарушения, частичную социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости средней (второй) стадии)		-2
Тяжелая (включает тяжелые морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости конечной (третьей) стадии)		-3
ДИАГНОЗ:	Алкоголизм	-1
	Алкоголизм + наркомания	-2
	Алкоголизм + психическое заболевание	-2

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала состоит из четырёх блоков в виде конкретных вопросов. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности физического, психического и социального развития больного и признаки заболевания оценивать в баллах +5, +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3. В результате, четыре блока опросника получают суммарную цифровую оценку уровня реабилитационного потенциала каждого больного (высокий, средний, низкий). Для удобства фиксации результатов опроса прилагается специальная карта (фишка, см. Приложение № 4), полностью соответствующая информационным данным опросника обследования (см. Приложение № 3). Больные алкоголизмом с высоким уровнем реабилитационного потенциала в среднем набирают 150 баллов ( $\pm 6$ ) при «идеале» 187 баллов, со средним уровнем реабилитационного потенциала – 61 ( $\pm 10$ ), с низким уровнем реабилитационного потенциала – -10 баллов ( $\pm 10$ ). Это сумма образуется в результате вычитания из суммы баллов со знаком «+» суммы баллов со знаком «-».

**Карта определения уровня реабилитационного потенциала больных алкоголизмом**  
 Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_. Дата заполнения: \_\_\_\_\_

**І БЛОК**

1. 5-2-2 2. 3-1-1 3. 5 2 2 1-1-2 4. 4 3 1 5. 4 2 -1  
 6. 5 3 -1 7. 4 2 -1 8. 5 3 -1 9. 4 0 -1 -2  
 10. 5 0 -1 11. 5 4 3 2 1 -1 12. 5 4 3 -1 13. 4 3 -1  
 14. 4 2 -1 15. 4 2 -1 16. 4 -1 17. 4 1 1 -1 -1 -2 18. -1 0 1 19. 5 0 -1 -4 ИТОГО: \_\_\_\_\_

**ІІ БЛОК**

1. 4 3 1 -1 2. 5 4 0 -1 3. -1 -2 -3 4. 4 0 -1 -1 -1 5. -1 -2 -3  
 6. 2 -1 -2 -3 7. 0 -1 -2 8. 4 -1 -2 9. -1 -2 -3  
 10. 4 3 1 -3 11. 4 0 -1 -1 -1 -3 12. 4 1 -2 -2 13. 4 -1 -1 -2  
 14. 4 1 1 -1 -2 15. 4 2 -1 16. 4 1 -3 17. 4 0 -3 18. 3 1 ИТОГО: \_\_\_\_\_

**ІІІ БЛОК**

1. 3 2 0 2. 3 2 1 -1 3. 4 4 -3 -3 4. 4 1 -1 -2 5. 5 4 3 2 1 -1  
 6. 4 0 -3 7. 4 -1 -2 -3 8. 4 2 0 9. 4 2 0 -2  
 10. 4 1 -1 11. 4 3 -1 -2 ИТОГО: \_\_\_\_\_

**ІV БЛОК**

1. 4 -1 -2 -3 2. 4 -1 -2 -3 3. 4 -1 -2 -3 4. 4 -1 5. 4 -1 -2 -3  
 Диагноз обследования: -1 -2 -2 ИТОГО: \_\_\_\_\_

Уровень реабилитационного потенциала \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

**ШКАЛА ДЕПРЕССИИ БЕКА**

**Инструкция:**

Прочитайте утверждение и выберите тот вариант ответа, который наиболее точно определяет ваше самочувствие в настоящий момент.

В опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений и определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку около выбранного утверждения.

**1. Выберите один из вариантов ответа:**

№	Вопросы	Отметить подходящий ответ
1	0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.	
	1 Я расстроен.	
	2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.	
	3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.	
2	0 Я не тревожусь о своем будущем.	
	1 Я чувствую, что озадачен будущим.	
	2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.	
	3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.	
3	0 Я не чувствую себя неудачником.	
	1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.	
	2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.	

	3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.	
4	0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.	
	1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.	
	2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.	
	3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.	
5	0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.	
	1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.	
	2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.	
	3 Я постоянно испытываю чувство вины.	
6	0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.	
	1 Я чувствую, что могу быть наказан.	
	2 Я ожидаю, что могу быть наказан.	
	3 Я чувствую себя уже наказанным.	
7	0 Я не разочаровался в себе.	
	1 Я разочаровался в себе.	
	2 Я себе противен.	
	3 Я себя ненавижу.	
8	0 Я знаю, что я не хуже других.	
	1 Я критикую себя за ошибки и слабости.	
	2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.	
	3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.	
9	0 Я никогда не думал покончить с собой.	
	1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.	
	2 Я хотел бы покончить с собой.	
	3 Я бы убил себя, если бы представился случай.	
10	0 Я плачу не больше, чем обычно.	
	1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.	
	2 Теперь я все время плачу.	
	3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.	
11	0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.	
	1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.	
	2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.	
	3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.	
12	0 Я не утратил интереса к другим людям.	
	1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.	
	2 Я почти потерял интерес к другим людям.	
	3 Я полностью утратил интерес к другим людям.	
13	0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.	
	1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.	
	2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.	
	3 Я больше не могу принимать решения.	
14	0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.	
	1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.	
	2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.	
	3 Я знаю, что выгляжу безобразно.	
15	0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.	
	1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.	

	2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.	
	3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.	
16	0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.	
	1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.	
	2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.	
	3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.	
17	0 Я устаю не больше, чем обычно.	
18	1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.	
19	2 Я устаю почти от всего, что я делаю.	
20	3 Я не могу ничего делать из-за усталости.	
21	0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.	
	1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.	
	2 Мой аппетит теперь значительно хуже.	
	3 У меня вообще нет аппетита.	
22	0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.	
	1 За последнее время я потерял более 2 кг.	
	2 Я потерял более 5 кг.	
	3 Я потерял более 7 кг.	
23	Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком). ДА                      НЕТ	
24	0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.	
	1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.	
	2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.	
	3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.	
25	0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.	
	1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.	
	2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.	
	3 Я полностью утратил сексуальный интерес.	

### Обработка и интерпретация результатов теста

Каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома.

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

1. 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов
2. 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)
3. 16-19 – умеренная депрессия
4. 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
5. 30-63 – тяжелая депрессия

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)

Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)