



АО «Санаторий-профилакторий «Солнечный»

УТВЕРЖДАЮ:

И.о.генерального директора
АО «Санаторий – профилакторий

«Солнечный»
Ю.И. Макарова
2025 год

**Программа реабилитации лиц опасных профессий, в том числе
участников СВО и членов их семей.**

Оренбург 2025 г

РАБОЧАЯ ГРУППА РАЗРАБОТЧИКОВ ПРОГРАММЫ

Авторы / члены группы разработчиков рекомендаций:

Гареева Татьяна Николаевна – главный врач АО «Санаторий – профилакторий «Солнечный» врач-физиотерапевт, врач – терапевт, врач функциональной диагностики.

Гареев Юрий Вагизович – заведующий отделением медицинской реабилитации, врач физической и реабилитационной медицины АО «Санаторий – профилакторий «Солнечный»

Попов Леонид Игоревич – врач – невролог, врач физической т реабилитационной медицины.

Источники финансирования.

Разработка программы выполнена без внешнего финансирования. В ходе работ ни на одном из этапов подготовки программы не применялись ни косвенное, ни прямое финансирование со стороны коммерческих либо государственных и иных некоммерческих организаций.

Декларация конфликта интересов.

В составе рабочей группы по составлению данных рекомендаций отсутствовали предпосылки для внутреннего конфликта интересов. Исследования членов рабочей группы не были финансированы внешними источниками. В силу особенностей применения физических методов лечения (некоторые методы лечения не требуют оборудования, пример - тестирование при помощи психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга выявления степени посттравматического стрессового расстройства, физические упражнения, ручной массаж, а так же широкий диапазон производителей аппаратуры и др.) Конфликт интересов в данной области медицинской практики имеет низкий процент вероятности. Физические методы должны применяться совместно с лекарственными методами лечения. Кроме того, в настоящей программе упомянуты лишь физические методы лечения без использования наименований аппаратов или производителей медицинской техники.

Содержание

	Стр
Введение	4
1. Общая характеристика программы	4
2. Медицинская реабилитация лиц опасных профессий в условиях стационара	7
2.1. Диагностика посттравматического стрессового расстройства (ПССР)	8
2.2. Послесменная медицинская реабилитация	9
2.2.1 Послесменные реабилитационные процедуры при воздействии вибрации	9
2.2.2. Послесменные реабилитационные процедуры у работников тяжелого физического труда	12
3. Реабилитация участников СВО и лиц длительное время находящиеся в условиях военных действий и тяжелого психологического воздействия: восстановление после травм и ранений	14
3.1. Реабилитация участников СВО и лиц, которые находились под воздействием чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора	16
3.2. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	18
3.3. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	19
4. Реабилитация после ампутации и подготовка к протезированию нижних конечностей	22
4.1. Реабилитационные методы	23
4.2. Процесс привыкания к протезу с помощью физиотерапевтических процедур	25
Заключение	25
Библиографический список	26
Приложение № 1. ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ	27
Приложение № 2. СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК SCL -_90_BLANK	29
Приложение №3 ПРИМЕРНАЯ ФОРМА ОПРОСНОГО ЛИСТА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ	36
Приложение № 4. ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ HADS	37
Приложение №5 ОПРОСНИК НА СКРИНИНГ ПТСР	38
Приложение №6 ШКАЛА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПТСР	39
Приложение №7 МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	49
Приложение №8 ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС	55
Приложение №9 ОПРОСНИК ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ	57
Приложение №10 ШКАЛА БЕЗНАДЕЖНОСТИ БЕКА	60
Приложение №11 ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ПТСР	62

ВВЕДЕНИЕ

1. Общая характеристика программы.

Актуальность. В условиях современного общества существует огромная масса людей, именуемых «лицами опасных профессий». К этой достаточно большой и разнообразной по составу и характеру труда группе относятся спасатели, летчики, работники железнодорожного транспорта, военнослужащие, сотрудники правоохранительных органов и прочие категории граждан, чья деятельность тесно связана с постоянным нахождением в условиях стрессовых и непредвиденных ситуаций. Пребывание лиц опасных профессий в подобных условиях вносит значительное число факторов риска развития пограничных соматических, неврологических и психических расстройств, которые, при отсутствии должной коррекции, приводят к формированию различных клинических синдромов и заболеваний. Специальная военная операция (далее СВО) в 2022 году и изменения Российской законодательства потребовала внести коррекцию в реабилитацию военнослужащих, лиц участвовавших в СВО и членов их семей. Боевые действия на СВО сопровождаются значительным риском для жизни и здоровья участников. Боевые травмы, в отличие от гражданских, часто носят сочетанный характер, что усложняет восстановление. Они связаны с огнестрельными и осколочными поражениями, взрывными ранениями.

Появляются психологические патологии, например, ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство. Особенность данного конфликта это много осколочных ранений, сочетанных травм и ампутаций. То есть имеют место ранения одновременно нескольких областей: голова, грудь, живот и конечности. И все это может сопровождаться разными комбинациями, как в математике. Их бывает очень много. «Более половины участников СВО, получивших увечья и проходящих медико-социальную экспертизу, имеют ампутации, из них 20% - это ампутации верхних конечностей, 80% - нижних», заявил заместитель министра труда и социальной защиты РФ Алексей Вовченко на "Круглом столе" в Совете Федерации на тему комплексной реабилитации участников специальной военной операции в октябре 2023г. «Признан инвалидом с ампутацией конечности»- это заключение в 54% от всех освидетельствований... это много, среди гражданских инвалидов у нас такого процента с ампутацией нет".¹

В Международной классификации болезней 11 пересмотра в Раздел "Расстройства, непосредственно связанные со стрессом" включен новый самостоятельный диагноз "пролонгированная реакция горя". Диагнозы МКБ-11 пролонгированной реакции горя, посттравматическое стрессовое расстройство, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации могут встречаться у представителей всех опасных профессий, лиц всех возрастных категорий, в том числе у детей и подростков. Согласно данным международных исследований до 61% людей в разные периоды своей жизни сталкиваются с травматическими событиями, которые потенциально могут быть причиной развития Посттравматического стрессового воздействия, однако расстройство манифестирует только у некоторых из них, процент заболевших сильно варьирует от 13 до 50%, что зависит от индивидуальной уязвимости и характера травматического воздействия.

Для подготовки каждого специалиста из группы «лиц опасных профессий» затрачиваются существенные материальные и нематериальные ресурсы со стороны самого человека, организации-работодателя и государства в целом; исходя из этого, можно сделать вывод, что сохранение его

¹ Информация сайта: <https://ria.ru/20231017/invalidy-1903413788.html>

физического и психического благополучия несет за собой и профессиональное долголетие, и качество жизни каждого сотрудника. Программой предусмотрена ранняя диагностика с последующей коррекцией факторов риска развития соматических и психических заболеваний для формирования стрессоустойчивости у лиц опасных профессий. Стресс ускоряет истощение человеческого организма, сопровождает любую жизнедеятельность и соответствует интенсивности жизни. Он увеличивается при нервном напряжении, повреждениях тканей и органов, инфекциях, мышечной работе или любой другой напряженной деятельности и связан с неспецифическим защитным механизмом, увеличивающим сопротивляемость к стрессовым факторам, или «стрессорам» (Селье Г., 1960). По результатам анализа работы неврологических отделений поликлиник и стационаров, на протяжении многих лет цереброваскулярная патология, неврологические проявления дегенеративной болезни позвоночника, головная боль, функциональные психосоматические расстройства превалируют над другими нозологическими формами при работе со специалистами из горячих точек и после тяжелой рабочей смены.

Необходимость скорейшего возвращения лиц опасных профессий к своим служебным обязанностям требует поиска и разработки новых современных объективных скрининговых методов диагностики функционального состояния организма. Лишь своевременно выявленная форма вегетативной дисфункции (ВД) позволяет осуществлять целенаправленную дифференцированную немедикаментозную коррекцию, основанную на стимуляции собственных адаптационно-компенсаторных возможностей организма².

В ведомственных медицинских учреждениях накоплен уникальный опыт поддержания и восстановления здоровья лиц опасных профессий.³ Идеология медицинских учреждений ведомственного здравоохранения направлена на развитие системы преемственности лечебно-диагностических и реабилитационно-оздоровительных мероприятий на амбулаторном; стационарном и санаторно-курортном этапах. Однако понятие «преемственность» не сводится к стремлению в обязательном порядке оснастить лечебно-диагностические базы амбулаторного, стационарного и санаторно-курортного звена однотипным оборудованием, лекарственными средствами и методиками. Определение «преемственность» рассматривается как степень координации отдельных элементов медицинской помощи, оказываемой пациентам различными специалистами, в разное время, разными учреждениями, но в единой методологии. Актуальность создания системы преемственности заключается также в том, что это - один из критериев комплексного понятия «Качество медицинской помощи»⁴.

Научно доказано, что при правильно разработанной программе реабилитации к активной жизни можно возвратить до 50% тяжелобольных. При составлении реабилитационных программ необходим строго индивидуальный подход к каждому конкретному больному. Программа должна быть составлена с учетом мероприятий, направленных на практическое осуществление всех аспектов восстановительного лечения — медицинского, физического, психического, профессионального,

² Полякова А.Г., Матвеева В.В. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 2.

³ Зилов В.Г. Современные представления о лечебных механизмах методов восстановительной медицины. Вестник восстановительной медицины. — 2009. -№1. с.12-16.

Подчуфарова Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение Русский медицинский журнал. 2003. - Т11, № 25. - С. 13951401.

Claxton R.P.R., Catalan J., Burgess A.P. Psychological distress and burnout among buddies: Demographic, situational and motivational factors. / AIDS Care, 1998, Vol. 10(2) p. 175-190.

⁴ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. ГЭОТАР-МЕД, 2002. - С.520.

социального. Доля каждого аспекта неодинакова на различных этапах реабилитации. Медицинский аспект включает в себя вопросы преемственного продолжения патогенетической терапии.

Настоящая программа разработана врачами реабилитологами АО «Санаторий – профилакторий Солнечный» для реабилитации лиц опасных профессий (спасатели, летчики, работники железнодорожного транспорта, военнослужащие, сотрудники правоохранительных органов), участников СВО и членов их семей, а так же лиц, которые длительно получали травмы и увечья в результате действий недружественных государств на территории Донбасса. Специалисты уже имеют опыт работы в реабилитации тяжелых пациентов во время пандемии COVID – 19, онкобольных после радикальных операций, после острого инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения. С 2021 года работали с участниками горячих точек и с 2022 года с участниками СВО. Результатом комплексной работы стали разработанные программы по медицинской реабилитации, научные статьи, защита регионального и президентских грантов. Более 500 человек получили медицинскую реабилитацию, в том числе после ампутации конечностей. Более 50 человек получили протезирование первичное и повторно высокотехнологичные протезы.

Для подготовки каждого специалиста из группы «лиц опасных профессий» затрачиваются существенные материальные и нематериальные ресурсы со стороны самого человека, организации-работодателя и государства в целом; исходя из этого, можно сделать вывод, что сохранение его физического и психического благополучия несет за собой и профессиональное долголетие, и качество жизни каждого сотрудника. Программой предусмотрена ранняя диагностика с последующей коррекцией факторов риска развития соматических и психических заболеваний для формирования стрессоустойчивости у лиц опасных профессий. Стress ускоряет истощение человеческого организма, сопровождает любую жизнедеятельность и соответствует интенсивности жизни. Он увеличивается при нервном напряжении, повреждениях тканей и органов, инфекциях, мышечной работе или любой другой напряженной деятельности и связан с неспецифическим защитным механизмом, увеличивающим сопротивляемость к стрессовым факторам, или «стессорам» (Селье Г., 1960). По результатам анализа работы неврологических отделений поликлиник и стационаров, на протяжении многих лет цереброваскулярная патология, неврологические проявления дегенеративной болезни позвоночника, головная боль, функциональные психосоматические расстройства превалируют над другими нозологическими формами при работе со специалистами из горячих точек и после тяжелой рабочей смены.

Необходимость скорейшего возвращения лиц опасных профессий к своим служебным обязанностям требует поиска и разработки новых современных объективных скрининговых методов диагностики функционального состояния организма. Лишь своевременно выявленная форма вегетативной дисфункции (ВД) позволяет осуществлять целенаправленную дифференцированную немедикаментозную коррекцию, основанную на стимуляции собственных адаптационно-компенсаторных возможностей организма⁵.

В ведомственных медицинских учреждениях накоплен уникальный опыт поддержания и восстановления здоровья лиц опасных профессий.⁶ Идеология медицинских учреждений

⁵ Полякова А.Г., Матвеева В.В. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 2.

⁶ . Зилов В.Г. Современные представления о лечебных механизмах методов восстановительной медицины. Вестник восстановительной медицины. — 2009. -№1. с.12-16.

Подчуфарова Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение Русский медицинский журнал. 2003. - Т11, № 25. - С. 13951401.

ведомственного здравоохранения направлена на развитие системы преемственности лечебно-диагностических и реабилитационно-оздоровительных мероприятий на амбулаторном; стационарном и санаторно-курортном этапах. Однако понятие «преемственность» не сводится к стремлению в обязательном порядке оснастить лечебно-диагностические базы амбулаторного, стационарного и санаторно-курортного звена однотипным оборудованием, лекарственными средствами и методиками. Определение «преемственность» рассматривается как степень координации отдельных элементов медицинской помощи, оказываемой пациентам различными специалистами, в разное время, разными учреждениями, но в единой методологии. Актуальность создания системы преемственности заключается также в том, что это - один из критериев комплексного понятия «Качество медицинской помощи»⁷.

Научно доказано, что при правильно разработанной программе реабилитации к активной жизни можно возвратить до 50% тяжелобольных. При составлении реабилитационных программ необходим строго индивидуальный подход к каждому конкретному больному. Программа должна быть составлена с учетом мероприятий, направленных на практическое осуществление всех аспектов восстановительного лечения — медицинского, физического, психического, профессионального, социального. Доля каждого аспекта неодинакова на различных этапах реабилитации. Медицинский аспект включает в себя вопросы преемственного продолжения патогенетической терапии.

Настоящая программа разработана врачами реабилитологами АО «Санаторий – профилакторий Солнечный» для реабилитации лиц опасных профессий (спасатели, летчики, работники железнодорожного транспорта, военнослужащие, сотрудники правоохранительных органов), участников СВО и членов их семей, а так же лиц, которые длительно получали травмы иувечья в результате действий недружественных государств на территории Донбасса. Специалисты уже имеют опыт работы в реабилитации тяжелых пациентов во время пандемии COVID – 19, онкобольных после радикальных операций, после острого инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения. С 2021 года работали с участниками горячих точек и с 2022 года с участниками СВО. Результатом комплексной работы стали разработанные программы по медицинской реабилитации, научные статьи, защита регионального и президентских грантов. Более 500 человек получили медицинскую реабилитацию, в том числе после ампутации конечностей. Более 50 человек получили протезирование первичное и повторно высокотехнологичные протезы.

2. Медицинская реабилитация лиц опасных профессий в условиях стационара

Основная цель реабилитации — помочь человеку восстановить здоровье и вернуться к профессиональной и повседневной жизни.

Задача санатория - это содействие интеграции людей, получивших комбинированные травмы физические, психологические, в общественную жизнь путем оказания комплексной помощи в климатической степной зоне Оренбургской области. А так же:

1) усиление крово-, лимфообращения в органах человека для ускорения рассасывания воспалительного экссудата и предупреждения осложнения, регресс обратимых процессов, стабилизация необратимых процессов;

2) улучшение бронхиальной проходимости и увеличение вентиляции легких (восстановление и повышение функции внешнего дыхания);

⁷ Claxton R.P.R., Catalan J., Burgess A.P. Psychological distress and burnout among buddies: Demographic, situational and motivational factors. / AIDS Care, 1998, Vol. 10(2) p. 175-190.

⁷ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. ГЭОТАР-МЕД, 2002. - С.520.

- 4) реабилитирующее воздействие на сердечно-сосудистую, дыхательную, нервную и другие системы организма для повышения их функции и поддержания общей физической работоспособности;
- 5) повышение психологического статуса;
- 6) повышение толерантности к нагрузке.

Сроки реабилитации составляют от 18-21 до 30 дней.

Условия реабилитации – стационар отделения медицинской реабилитации, стационар дневного пребывания отделения медицинской реабилитации, медицинская реабилитация в санаторно-курортных условиях.

В программу реабилитации входят: диагностика и основные методы лечения, дополнительные, вспомогательные. Программа реабилитации в АО «Санаторий – профилакторий «Солнечный» разработана на основе Постановлений Правительства Российской Федерации, Федеральных законов, приказов Министерства здравоохранения и социального развития РФ, клинических рекомендаций МЗ РФ.

2.1. Диагностика посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

Критерии Посттравматического стрессового расстройства:⁸

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. стойкие навязчивые воспоминания или "оживание" стрессора в навязчивых реминисценциях, яких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторные переживания горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать физическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. психогенная амнезия (F40.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора
2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленными любыми двумя:
 - а) затруднение засыпания или сохранения сна;
 - б) раздражительность или вспышки гнева;
 - в) затруднения концентрации внимания;
 - г) повышение уровня бодрствования;
 - д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Диагностика ПТСР проводится с помощью опросников.

Необходима для раннего или скрытого ПТСР.

⁸,⁸ Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ.

1. Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R – IES-R)* (Приложение 1)⁹

2. Симптоматический опросник SCL_-_90_blank (Приложение 2)

3. Примерная форма опросного листа для первичной оценки боли с визуально – аналоговой шкалой оценки боли (VAS) (Приложение 3)¹⁰

4. Госпитальная шкала Тревоги и Депрессии (HADS) (Приложение 4)¹¹

Методы функциональной диагностики.

Необходимы для выявления нарушения ритма, повышенного артериального давления, уровня толерантности к физической нагрузке.

- Электрокардиография
- Суточное мониторирование артериального давления
- Суточное мониторирование сердечного ритма
- Функциональная проба - 6-ти минутный тест ходьбы

2.2. Послесменная медицинская реабилитация

Послесменная реабилитация включает динамическое наблюдение работников из групп риска развития пояснично-крестцовой радикулопатии и вибрационной болезни, профилактические процедуры, витаминопрофилактику, психологическую разгрузку.¹²

Назначение процедур проводится врачом - реабилитологом с учетом воздействующих на работника вредных производственных факторов и факторов трудового процесса.

2.2.1 Послесменные реабилитационные процедуры при воздействии вибрации.

Работникам, работающим в условиях воздействия вибрации, рекомендуется проведение витаминопрофилактики, процедур по клинико-психологической адаптации и коррекции, комплекса физиопрофилактических процедур, включающего:

- тепловые гидропроцедуры (ванночки) для рук и рук/ног;
- суховоздушный обогрев рук и рук/ног;
- массаж (самомассаж) мышц рук, ног и плечевого пояса;
- лечебная физкультура;
- ультрафиолетовое облучение.

1. Витаминопрофилактика.

Проводится в целях повышения сопротивляемости организма работника воздействию вибрации, предупреждения развития патологии периферической нервной системы и формирования тканевой гипоксии вследствие ангиоспазма.

¹⁰ Клинические рекомендации – Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи – 2023-2024-2025 (15.02.2023) – Утверждены Минздравом РФ

¹¹ Зигмонд, А. С.; Снайт, Р. П. (1983). "Госпитальная шкала тревоги и депрессии". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67 (6): 361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMC 1339318

¹² ПРИКАЗ МЗ РФ от 1 декабря 2021 г. N 1113 «Об утверждении методических рекомендаций по проведению послесменной реабилитации работников, занятых на работах с опасными и (или) вредными условиями труда по добыче (переработке) угля (горючих сланцев), включающих показания к послесменной реабилитации, ее продолжительность, перечень категорий работников, подлежащих послесменной реабилитации, рекомендуемые порядок и условия проведения послесменной реабилитации»

Витаминопрофилактика включает комплекс витаминов: витамины группы В (B1, B6, B12), витамин В3(РР), никотиновая кислота, ниацин), витамин С (аскорбиновая кислота), витамин D3, B15 (пангамовая кислота). Кратность проведения: 2 раза в год (желательно октябрь - ноябрь и февраль - март). Рекомендуемая продолжительность курса до 30 дней.

При курсе лечения 18 – 21 день в отделении реабилитации проводится парентеральное капельное введение комплекса лекарственных препаратов по программе «Антистресс», «Витаминка», «Будь здоров»

2. Клинико-психологическая адаптация и коррекция.

Процедуры по клинико-психологической адаптации и коррекции проводятся с целью полного или частичного восстановления нарушений психических функций организма, а также предупреждения, ранней диагностики и коррекции возможных нарушений психических функций организма.

Кратность процедур определяется медицинским работником, реабилитологом или психологом с учетом характера данных процедур и состояния здоровья работника. Для работников после эпизодов аварийных ситуаций, сопряженных с риском для жизни и производственного травматизма, рекомендуется проводить в обязательном порядке.

3. Физиотерапевтические профилактические процедуры.

Тепловые гидропроцедуры.

Тепловые и гидропроцедуры применяют для предотвращения спазма мелких кровеносных сосудов (капилляров и прекапилляров) верхних/верхних и нижних конечностей, который возникает при воздействии вибрации, особенно высоких и средних частот.

Показания: воздействие локальной, общей вибрации и локальной и общей вибрации одномоментно.

Противопоказания: заболевания кожи (на основании консультации врача-дерматовенеролога).

В помещении обеспечивается температура комфорта, исключаются сквозняки.

Время проведения процедуры 8 - 10 минут, температура воды 37 - 38°C.

Во время процедуры проводятся медленные ритмические движения кистями/стопами, сжимание кисти в кулак и разжимание ее, разведение пальцев и сведение их, стопы - сгибание и разгибание стопы в голеностопном суставе, сгибание и разгибание пальцев стоп.

После процедуры в течение 30 минут необходимо избегать охлаждения.

После проведения процедуры не рекомендуется вновь приступать к работе, связанной с воздействием вибрации.

Суховоздушный обогрев рук/ног и прессотерапия верхних и нижних конечностей.

Процедура основана на активном воздействии на кисти рук/стопы теплого (38 - 40°C) сжатого воздуха (давление воздушного потока 1,5 атм.).

Рекомендуется во время процедуры проводить массаж кожи элементами гранулированной нагрузки.

Показания: воздействие локальной, общей вибрации и локальной и общей вибрации одномоментно.

Противопоказания: заболевания кожи при использовании гранулированной нагрузки (рекомендуется консультация врача-дерматовенеролога).

В помещении обеспечивается температура комфорта, исключаются сквозняки.

Длительность процедуры: для работников со стажем работы с вибрацией менее 5 лет - экспозиция 10 минут, для работников со стажем работы с вибрацией более 5 лет - экспозиция 15 минут.

Во время процедуры рекомендуется проводить равномерное вращение кистями/стопами в лучезапястных/голеностопных суставах для обогрева и равномерного воздействия гранул на поверхности кистей/стоп.

После процедуры в течение 30 минут необходимо избегать охлаждения.

После проведения процедуры не рекомендуется вновь приступать к работе, связанной с воздействием вибрации.

Массаж мышц верхних и нижних конечностей.

Массаж способствует улучшению кровообращения, улучшает трофику скелетных мышц, снимает утомление скелетных мышц.

Показания: воздействие локальной, общей вибрации и локальной и общей вибрации одномоментно.

Противопоказания: заболевания кожи (рекомендуется консультация врача-дерматовенеролога).

Процедуру рекомендуется проводить после каждой рабочей смены в течение года после проведения сухого обогрева рук/ног или тепловых гидропроцедур.

4. Лечебная физкультура.

Рекомендуется разработка комплекса лечебной физкультуры (далее - ЛФК) для работников, подвергающихся воздействию вибрации, инструктором-методистом по лечебной физкультуре с учетом всех действующих вредных производственных факторов для каждой группы виброопасных профессий на конкретном предприятии.

Рекомендуется разработка комплекса ЛФК, направленного на снятие мышечного утомления, сохранение и развитие подвижности в позвоночнике и суставах конечностей, улучшение координации движений, восстановление и нормализацию деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Рекомендуемая продолжительность комплекса ЛФК: 8 - 10 минут.

5. Ультрафиолетовое облучение.

Воздействие ультрафиолетового облучения (далее - УФО) способствует повышению сопротивляемости организма работника к различным заболеваниям, способствует улучшению обмена витамина D3, предупреждает развитие патологии скелетно-мышечной патологии, эндокринных нарушений.

Ультрафиолетовое излучение входит в перечень вредных и (или) опасных производственных факторов¹³.

Показания: все виды факторов.

¹³ [Пункт 4.2.1 Приложения к Порядку проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. N 29н \(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2012 г., регистрационный N 62277\).](#)

Противопоказания: злокачественные новообразования, новообразования *in situ*, доброкачественные новообразования (рекомендуется консультация врача-онколога).

Процедура проводится: для работников, работающих в подземных условиях в шахтах в закрытых помещениях, - в месяцы наиболее бедные УФО (ноябрь, декабрь, январь, февраль, март) в течение года 1 - 2 курса, длительность курса 30 сеансов. Для работников, работающих на открытых шахтах - 1 раз в год (декабрь - январь) 1 курс. Рекомендуемая продолжительность курса: 30 сеансов. Кратность проведения: через 1 день. Длительность сеанса: 3 минуты.

Фотарий для проведения УФО рекомендуется организовывать на базе врачебного здравпункта, с учетом эксплуатации установок искусственного излучения в медицинских целях.

2.2.2. Послесменные реабилитационные процедуры у работников тяжелого физического труда.

В отношении работников тяжелого физического труда рекомендуется проведение витаминопрофилактики, процедур по клинико-психологической адаптации и коррекции, а также комплекс физиопрофилактических процедур, включающий:

- массаж (самомассаж) мышц спины и конечностей;
- лечебная физкультура;
- ультрафиолетовое облучение;
- сауна сухожаровая, инфракрасная.
-

1. Витаминопрофилактика.

Проводится в целях повышения сопротивляемости организма работника воздействию вредных производственных факторов, предупреждения развития патологии скелетно-мышечной и периферической нервной системы, формирования тканевой гипоксии вследствие мышечного перенапряжения.

Витаминопрофилактика включает комплекс витаминов: витамины группы В (B1, B6, B12), витамин В3 (РР, никотиновая кислота, ниацин), витамин С (аскорбиновая кислота), витамин D3, B15 (пангамовая кислота).

Кратность проведения: 2 раза в год (желательно октябрь - ноябрь и февраль - март). Рекомендуемая продолжительность курса: 30 дней.

При курсе лечения 18 – 21 день в отделении реабилитации проводится парентеральное капельное введение комплекса лекарственных препаратов по программе «Антистресс», «Витаминка», «Будь здоров».

2. Клинико-психологическая адаптация и коррекция.

Процедуры по клинико-психологической адаптации и коррекции проводятся с целью полного или частичного восстановления нарушений психических функций организма, а также предупреждения, ранней диагностики и коррекции возможных нарушений психических функций.

Кратность процедур определяется медицинским работником или психологом с учетом характера данных процедур и состояния здоровья работника. Для работников после эпизодов аварийных ситуаций, сопряженных с риском для жизни и производственного травматизма, - рекомендуется проводить в обязательном порядке.

3. Физиотерапевтические профилактические процедуры.

Массаж мышц рук, ног и плечевого пояса.

Массаж способствует улучшению кровообращения мышц, улучшает трофику скелетных мышц, снимает утомление скелетных мышц.

Показания: тяжесть трудового процесса выше допустимых показателей. Группы работников высокого риска: подъем и перемещение тяжести вручную, работы с длительным пребыванием в неудобной/вынужденной позе.

Противопоказания: заболевания кожи (необходима консультация врача-дерматовенеролога).

Процедуру рекомендуется проводить после каждой рабочей смены в течение года.

Рекомендации по технике проведения массажа и самомассажа даются медицинским работником.

4. Лечебная физкультура.

Рекомендуется разработка комплекса лечебной физкультуры для работников, связанных с тяжестью трудового процесса, инструктором-методистом по лечебной физкультуре с учетом всех воздействующих вредных производственных факторов для каждой группы профессий на конкретном предприятии. Особое внимание рекомендуется уделять работникам при сочетании воздействия тяжести трудового процесса с общей (транспортной) вибрацией рабочих мест, неблагоприятным микроклиматом (резкий перепад температуры по фронту тела работника - как правило наличие воздушной завесы).

Рекомендуется разработка комплекса ЛФК, направленного на снятие мышечного утомления, сохранение и развитие подвижности в суставах позвоночника и сопряженных с ним конечностях (поясница - нижние конечности, плечевой пояс - верхние конечности), улучшение координации движений, восстановление и нормализацию деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Рекомендованная длительность комплекса ЛФК: 8 - 10 минут.

5. Ультрафиолетовое облучение.

Воздействие УФО способствует повышению сопротивляемости организма работника к различным заболеваниям, способствует улучшению обмена витамина D3, предупреждает развитие патологии скелетно-мышечной патологии, эндокринных нарушений.

Показания: все виды факторов.

Противопоказания: злокачественные новообразования всех органов и тканей, новообразования *in situ*, доброкачественные новообразования (допуск после заключения врача-онколога).

Процедура проводится: для работников, работающих в подземных условиях, в закрытых помещениях в месяцы наиболее бедные УФО (ноябрь, декабрь, январь, февраль, март) в течение года 1 - 2 курса, рекомендуемая длительность курса: 30 сеансов. Для работников, работающих на открытой шахте, на улице - 1 раз в год (декабрь - январь) 1 курс, длительность курса 30 сеансов. Кратность проведения: через 1 день. Длительность сеанса: 3 минуты.

Фотарий для проведения УФО дополнительно рекомендуется организовывать на базе врачебного здравпункта.

6. Сауна.

A) Сауна сухожаровая (финская сауна).

Положительное воздействие сухой сауны заключается в улучшении циркуляции крови, снятии напряжения и релаксации перегруженных во время работы мышц, также с помощью сухой сауны

можно провести профилактику заболеваний опорно-двигательного аппарата, восстановление функции вегетативной и центральной нервной системы, регуляции теплообмена.

Температура сухой сауны колеблется от 80 до 100°C, средняя температура 96°C, влажностью около 15%.

Посещать сауну рекомендуется не менее чем через два часа после приема пищи; перед посещением сауны рекомендуется принять теплый душ и обтереться сухим полотенцем; оптимальное время пребывания в парилке - 10 - 15 минут; находиться в сауне рекомендуется в положении лежа; необходимо надеть на голову теплую шапочку или обмотать ее полотенцем, чтобы предотвратить нагрузку на сосуды головы; последние минуты в парилке лучше провести сидя и опустив голову, чтобы избежать резкого воздействия на сосуды при выходе наружу.

После сеанса рекомендуется принятие умеренно холодного душа или плавание в бассейне.

Б) Инфракрасная сауна.

Более глубокое прогревание тела оказывает влияние на нервные окончания, кожные покровы, мышечные ткани, внутренние органы. Метод используется в качестве профилактики при заболеваниях (легкой формы) внутренних органов, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата.

Показания: все виды факторов.

Противопоказания: обострение заболеваний кожи или венерологических заболеваний (рекомендуется консультация врача-дерматовенеролога); злокачественные новообразования всех органов и тканей, новообразования *in situ*. Добропачественные новообразования (допуск после заключения врача-онколога); заболевания сердечно-сосудистой системы (рекомендуется консультация врача-кардиолога); обострение хронических заболеваний; для женщин - гинекологические заболевания и наличие менораггий; для мужчин - заболевания предстательной железы; наличие оперативного метода лечения в анамнезе (6 месяцев и менее); наличие имплантов.

Рекомендованная кратность проведения сеансов: 1 раз ежесменно, курс 20 - 30 процедур.

Температура 40 - 60°C. Длительность одной процедуры 10 - 15 минут. Рекомендуемая продолжительность сеанса: 30 минут.

При одновременном воздействии вибрации и тяжелого физического труда послесменные реабилитационные процедуры для работников, занятых на работах с опасными и (или) вредными условиями труда по добыче (переработке) угля (горючих сланцев), длительное нахождение на улице в зоне пониженных или повышенных температур организуются с учетом необходимости исключения их дублирования.

3. Реабилитация участников СВО и лиц длительное время находящиеся в условиях военных действий и тяжелого психологического воздействия: восстановление после травм и ранений

Что такое реабилитация участников СВО и зачем она нужна

Реабилитация участников СВО — это действия, предпринимаемые больницами и социальными службами для устранения последствий стресса, травм и болезней, полученных бойцами во время участия в специальной военной операции. Процесс этот многогранен: он включает медицинскую, психологическую и социальную поддержку.

Длительное время находясь в условиях военных действий и тяжелого психологического воздействия, люди нуждаются в медико-психологической реабилитации, и потребность в комплексной реабилитационной помощи для уволенных в запас после боевых травм и ранений возрастаёт с момента прибытия домой. Инвалид, лицо трудоспособного возраста, с ограниченными возможностями получает направление на протезирование, а затем сам протез в разных организациях и разных подведомственных структурах. Хождение по организациям и этажам без ног, после тяжелых контузий и увечий растягивается до 6-10 месяцев. Единицы добиваются оказания высокотехнологичной помощи в федеральных центрах, у многих это переходит в жизненную трагедию.

Кому положена реабилитация после СВО

Мера поддержки распространяется на следующие категории граждан:

- военнослужащих, подписавших контракты с Минобороны РФ для участия в СВО;
- граждан, мобилизованных для участия в специальной военной операции или добровольно принявших в ней участие;
- членов семей участников СВО, потерявших кормильца или пострадавшего в ходе боевых действий;
- лиц, указанных в подпунктах 22—24 пункта 1 статьи 3 Федерального закона «О ветеранах».

Наиболее эффективным способом предотвращения тяжелых последствий психической травматизации профессиональной этиологии является профилактика развития хронического ПТСР и других нарушений профессионального здоровья лиц опасных профессий, связанных с переживанием травматического стресса (Ursano et al., 1996)¹⁴ Роберт Урсано, Р. Дж. · Ранделл, Дж. Р. · Фрагала, М. Р. · и др. и др., 1996. Военнопленный Урсано, штат Род-Айленд · Норвуд, штат Массачусетс (редакторы) «Эмоциональные последствия войны в Персидском заливе: ветераны, семьи, сообщества и нации» Американское психиатрическое издательство, Вашингтон, округ Колумбия, 1996; 443–476

Законы о реабилитации участников СВО

Согласно закону «О статусе военнослужащих», действующим военнослужащим предоставляется право на медико-психологическую реабилитацию в течение 30 суток после выполнения служебных задач, которые негативно отразились на здоровье. Система санаторно-курортного лечения для участников СВО становится все более важной из-за растущих потребностей в медицинской помощи. Координационные центры активно работают над направлением военнослужащих на реабилитацию.

Закон «Об основах социального обслуживания граждан» определяет право людей на психологическую, педагогическую и юридическую помощь.

Доработанный текст проекта Постановления Правительства Российской Федерации "Об осуществлении мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению лиц, принимавших участие в специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, в реабилитационных центрах Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и о внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 1

¹⁴ Роберт Урсано, Р. Дж. · Ранделл, Дж. Р. · Фрагала, М. Р. · и др. и др., 1996. Военнопленный Урсано, штат Род-Айленд · Норвуд, штат Массачусетс (редакторы) «Эмоциональные последствия войны в Персидском заливе: ветераны, семьи, сообщества и нации» Американское психиатрическое издательство, Вашингтон, округ Колумбия, 1996; 443–476

августа 2023 г. N 1246" (подготовлен Минтрудом России 25.11.2024) утвердил правила предоставления и оплаты услуг по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению лиц, принимавших участие в специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области.

Сроки реабилитации составляют от 18-21 до 30 дней.¹⁵

3.1. Реабилитация участников СВО и лиц, которые находились под воздействием чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора.

От воздействия чрезвычайного или длительного стрессора избавиться трудно или невозможно (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство). Поэтому интеграция в общество таких лиц имеет более широкую реабилитацию.

Для лиц, получивших ранения в зоне боевых действий, возвращение к полноценной жизни часто становится не менее сложным испытанием, чем сами боевые задачи. Нарушения опорно-двигательного аппарата, травмы позвоночника, ампутации, черепно-мозговые повреждения и другие тяжелые состояния требуют последовательной и комплексной терапии. В этом контексте реабилитация участников СВО — это не просто медицинская помощь, а целая система восстановления тела, психики и социальной активности.

Медицинская реабилитация участников СВО включает три ключевых направления:

1. Физическая терапия — восстановление подвижности суставов, силы мышц, походки, равновесия.
2. Физиотерапевтическое сопровождение — для снятия боли, уменьшения воспаления, стимуляции регенерации тканей.
3. Психологическая поддержка и социальная адаптация — возвращение бойца к активной жизни, обучение бытовым и трудовым навыкам, мотивационная работа.

Также, если травма тяжелая и привела к стойкому нарушению функций, в процесс включается реабилитация инвалидов СВО, которая помогает адаптироваться к новым возможностям, восстановить максимум независимости и самообслуживания.

Виды реабилитации участников СВО

1. Медицинская реабилитация

Предусматривает проведение необходимых лечебных процедур, физиотерапии, лечебной физкультуры и медикаментозного лечения. Помогает ускорить восстановление функций организма после травм и болезней. При ампутации конечностей подготовка культи к протезированию или в процессе протезирования.

2. Психологическая реабилитация

¹⁵ Доработанный текст проекта Постановления Правительства Российской Федерации "Об осуществлении мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению лиц, принимавших участие в специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, в реабилитационных центрах Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и о внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 1 августа 2023 г. N 1246" (подготовлен Минтрудом России 25.11.2024)

При необходимости узкие специалисты проводят терапию для снижения уровня тревожности, стресса и депрессии у военнослужащих. Помогает справиться с последствиями психологической травмы, полученной во время боевых действий.

3. Социальная адаптация

Интеграция участников СВО в обычное общество, восстановление утраченных профессиональных навыков, трудоустройство и содействие семейному благополучию.

4. Реабилитация после ранений и травм

Это восстановление возможностей организма бойца после ранений, переломов, ожогов и прочих травм, полученных в ходе проведения специальной военной операции. При необходимости лишившихся конечностей бойцов снабжают современными протезами.

5. Санаторно-курортное лечение

При наличии медицинских показаний участников СВО могут направить в санатории разного типа на срок до 21 дня. При этом им оплачивают проезд туда и обратно.¹⁶

Какие документы собрать

- В этом случае понадобится этот набор бумаг:
- паспорт гражданина РФ;
- документ, подтверждающий участие в СВО;
- медицинское заключение;
- для путевки на санаторно-курортное лечение нужна справка по форме 070/у, а для медицинской реабилитации — направление 057/у-04 (5).

Основные принципы реабилитации участников СВО и лиц длительно находившихся под стрессовым воздействием

- раннее начало и непрерывность;
- этапность;
- комплексность и рациональность сочетания реабилитационных технологий;
- определение и анализ клинических особенностей заболевания;
- исследование индивидуальных качеств пациента (психологический статус, уровень толерантности к физической нагрузке, социальные условия);
- прогнозирование исходов реабилитации.

Комплексная реабилитация СВО всегда начинается с диагностики, оценки двигательных возможностей, уровня боли, степени мышечной атрофии и психологического состояния

Пациентам с Посттравматическим стрессовым расстройством физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, визуального исследования целостности кожных покровов с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, инъекций, оценки соматического статуса. А так же для выявленияувичий и повреждения внутренних органов.

Диагностика состояния на этапе медицинской реабилитации схожа с диагностикой лиц опасных профессий. Выявляется уровень посттравматического стрессового повреждения по тестированию и

¹⁶ Доработанный текст проекта Постановления Правительства Российской Федерации "Об осуществлении мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению лиц, принимавших участие в специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, в реабилитационных центрах Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и о внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 1 августа 2023 г. N 1246" (подготовлен Минтрудом России 25.11.2024)

инструментальной функциональной диагностике для выявления работы нарушений сердечно – сосудистой системы. Уровень толерантности к физической нагрузке при проведении функциональной пробы – тест 6 – минутной ходьбы.

Пациентам с ПТСР рекомендуется провести общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи для исключения соматической патологии и для оценки рисков развития побочных эффектов при приеме психофармакологической терапии. Пациентам с ПТСР рекомендуется провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего трийодтиронина (T3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (T3), уровня общего тироксина (T4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (T4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной.

Пациентам с ПТСР рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга на ПТСР, оценки тяжести состояния, выраженности симптомов и их динамики в процессе терапии Приложения 1-4.

1. Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002)
(Приложение 5)
2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (clinical-administered ptsd scale – caps)
(Приложение 6)¹⁷
3. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский и военный варианты) (Приложение 7)
4. Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс (Приложение 8)
5. Опросник перитравматической диссоциации (Приложение 9)
6. Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS) (Приложение 10)¹⁸
7. Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР Treatment Outcome PTSD Scale – TOP-8) (Приложение 11)¹⁹

3.2. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Медикаментозная терапия назначается врачом неврологом, психотерапевтом или психиатром. С учетом уровня ПТСР назначаются препараты первой, второй или третьей линии.

Психотерапия

В отношении длительности сохранения эффекта психотерапия оказалась более эффективной, чем фармакотерапия. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии сфокусированной на травме, которую проводит психотерапевт или клинический психолог.

Противопоказания к психотерапевтическому лечению:

- 1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
- 2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям очевидной вторичной выгодой от болезни;

¹⁷ Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

¹⁸ Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209-218.

¹⁹ Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ

- 3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
- 4) пациенты, которые не смогут в регулярно посещать сеансы психотерапии;
- 5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
- 6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволяют им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью);
- 7) пациенты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- 8) пациенты в остром психотическом состоянии.

Пациентам с ПТСР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией или самостоятельно с целью скорейшего преодоления последствий психической травмы, снижения тревоги, напряжения, коррекции мышления, эмоционального состояния.

Пациентам с ПТСР рекомендовано использование когнитивной психотерапии длительностью 15-20 сессий, которые проводятся еженедельно индивидуально и/или в группе для модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию.

Основная задача терапии – модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию. Пациент под руководством психотерапевта обучается идентификации внутренних и внешних стимулов, а также специфических триггеров, поддерживающих симптомы ПТСР. С целью уменьшения выраженности интрузий проводится тщательная оценка воспоминаний и интегрирование травматического опыта.

Пациентам с ПТСР рекомендовано использование когнитивно-процессуальной психотерапии (12 сессий) с целью преодоления избегания, связанного с травматическим опытом, его новой концептуализации и обучения навыкам проблемно-решающего поведения.

Основная цель – это преодоление избегания, связанного с травматическим опытом, его новая концептуализация и обучение навыкам проблемно-решающего поведения. Для этого используется психообразование, ведение дневника автоматических мыслей, выявление дезадаптивных мыслей, поддерживающих симптомы ПТСР, сократовский диалог, направлен на изменение отношения к травматическому опыту, к примеру, преодоление самообвинения.

Пациентам с ПТСР рекомендовано использование методики биообратной связи – 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения

Основная цель этого метода повысить переносимость неприятных стимулов, связанных с травматическим опытом, она направлена на обучение пациентов постепенно соприкоснуться к чувствам, воспоминаниям и ситуациям, связанных с травмой.

3.3. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Пациентам с ПТСР рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе,

улучшения качества жизни.

Пациентам с ПТСР рекомендуется начинать раннее выполнение комплекса лечебной физической культуры (ЛФК), выполнение физических упражнений и дозированных физических нагрузок для повышения функциональной пластичности головного мозга отмечено положительное влияние физических упражнений и физической активности на тяжесть симптомов ПТСР – снижение симптомов депрессии и тревоги, плохого качества сна, снижение злоупотребления психоактивными веществами, повышение качества жизни.

Рекомендованы комбинированные упражнения (тренировки с отягощениями, аэробные упражнения, силовые упражнения, традиционная оздоровительная гимнастика), проводимые в течение 12 недель, три раза в неделю в течение 30-60 минут на процедуру.

Физические упражнения. Сочетают дыхание с различными движениями, увеличивающими экскурсии грудной клетки. Дыхание сочетают с боковыми наклонами и поворотами туловища, максимальным использованием вспомогательной дыхательной мускулатуры, сопротивлением дыханию, упражнениями на расслабление мышц плечевого пояса, рук, туловища, (маховые движения для рук, наклоны туловища вперед, произнесение жужжащих, свистящих и шипящих звуков и др.). Занятия продолжительностью 15-20 мин проводят 2-3 раза в неделю на протяжении не менее 4 нед.

Дыхательная гимнастика. Выдох с сопротивлением. После достаточно глубокого вдоха следует как можно медленнее выдыхать через трубочку в воду. Упражнение повторяют 4-5 раз в день по 10-15 мин.

Диафрагмальное дыхание. Исходное положение – лежа на спине. На счет 1-2-3 сделать мощный, длительный, глубокий выдох с вовлечением мышц брюшного пресса (при этом живот нужно сильно втянуть), на счет 4 – сделать диафрагмальный вдох, предельно выпячивая живот. Затем, быстро сократив мышцы живота и глухо покашлять. Упражнение выполняют лежа, сидя, стоя, во время занятий бегом или ходьбой.

Физиотерапевтические процедуры

Ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рTMC) для купирования корковых очагов возбуждения применяют повторяющуюся ритмическую транскраниальную магнитную стимуляцию (рTMC) с частотой 20 Гц правой или левой дорсолатеральной префронтальной коры, 1600 импульсов за процедуру (40 серий по 2 секунды с интервалом между сериями 28 секунд). Курс – 10 процедур. Наблюдается уменьшение симптомов ПТСР, значительное улучшение настроения после рTMC левой дорсолатеральной префронтальной коры и значительное снижение тревожности после рTMC правой дорсолатеральной префронтальной коры.

Транскраниальная терапия постоянным электрическим током для коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений транскраниальное воздействие (гальванизация, микрополяризация) постоянным непрерывным электрическим током изменяет возбудимость коры через подпороговую модуляцию потенциалов мембран покоящихся нейронов с использованием слабого (1-2 мА) постоянного электрического тока. Стимуляцию рекомендуют проводить ежедневно, в течение 20-30 минут, на курс 10-15 процедур.

Аудиовизуальная полисенсорная релаксация (неселективная фототерапия) для активации экстракулярной фотонейроэндокринной системы и восстановления подкорковой активности головного мозга проводят облучение лица оптическим излучением в непрерывном режиме, продолжительность – 10 мин, ежедневно; курс – 7-10 процедур. воздействие излучением видимого диапазона для изменения адаптивно-поведенческого статуса организма и снижения уровня депрессии используют окулярный метод воздействия красным (длина волны 0,628 мкм) излучением

на орган зрения в непрерывном режиме по стабильной методике.

Продолжительность процедуры – 30 мин, 2 раза в неделю, курс – 15 процедур.

Воздействие излучением видимого диапазона для стабилизации эмоционального состояния и повышения общего тонуса на курс рекомендовано 4 недели ежедневного применения яркого белого света (освещенность – 10000 люкс) в течение 30 минут в день.

Гидротерапия для коррекции астено-невротического и иммуносупрессивного синдромов

Ванны пресные лечебные. Проводят при температуре 38 С, ежедневно или через день по 10-15 мин, курс – 10-18 процедур. Повторный курс через 1-2 мес.

Ванны ароматические лечебные (успокаивающие, лавандовые) Применяют различные экстракты. Продолжительность процедур 10-15 мин для хвойных, 8-10 мин – для скипидарных ванн, ежедневно, курс – 10 процедур.

Ванны контрастные лечебные. Проводятся с поочередным погружением в воду с температурой 38-42 С (2-3 мин) и 15-25 С (1 мин, в т.ч. с целью тонизации нервной системы последнее пребывание в данной процедуре), 3-6 переходов, курс – 8-10 процедур.

Душ лечебный. Применяют нисходящие души – дождевой, игольчатый души холодной (18-20) и горячей (40-42) температуры среднего давления назначают по 3-7 мин; возможно применение этих душей с чередованием подачи холодной и горячей воды (15:30 с соответственно); струевые души (Шарко и шотландский с давлением 150-250 кПа, а также циркулярный – 100-150 кПа) той же температуры, назначают по 3-5 мин, курс – 8-10 процедур.

Применение технологий дистанционной реабилитации с целью повышения доступности реабилитационных мероприятий используются технологии когнитивно-поведенческой терапии, нейрокогнитивного обучения через Интернет. Модули для терапии могут быть доступны онлайн через компьютер или через приложение для смартфона или планшета.

Продолжительность рекомендованного курса – 8-10 процедур. санаторно-курортное лечение для восстановления баланса тормозных и активирующих процессов в коре головного мозга

Так же Санаторно-курортное лечение включает методы аэровоздействия, озонотерапии, кислородотерапии.

Круглосуточная аэротерапия. Процедуры предусматривают максимально длительное пребывание пациента на свежем воздухе (включая сон в открытых климатопавильонах)

Продолжительность воздействия определяют по холодовой нагрузке при фиксированной ЭЭТ. Для курсового проведения процедур используют умеренный (до 3-4 ч) и интенсивный (до 6-8 ч) режимы воздействия, курс – 10-12 процедур.

Витаминопрофилактика.

Проводится в целях повышения сопротивляемости организма работника воздействию негативного фактора, предупреждения развития патологии периферической нервной системы и формирования тканевой гипоксии вследствие ангиоспазма.

Витаминопрофилактика включает комплекс витаминов: витамины группы В (B1, B6, B12), витамин B3(РР), никотиновая кислота, ниацин), витамин С (аскорбиновая кислота), витамин D3, B15 (пангамовая кислота). Кратность проведения: 2 раза в год (желательно октябрь - ноябрь и февраль - март). Рекомендуемая продолжительность курса до 30 дней.

При курсе лечения 18 – 21 день в отделении реабилитации проводится парентеральное капельное введение комплекса лекарственных препаратов по программе «Антистресс», «Витаминка», «Будь здоров»

4. Реабилитация после ампутации и подготовка к протезированию нижних конечностей

Ампутация конечности – это серьезное хирургическое вмешательство, которое может привести к ряду изменений в организме. После ампутации формируется новый орган опоры и передвижения – усеченная конечность, которая обладает определенными анатомо-функциональными особенностями. В результате ампутации изменяются условия кровообращения, иннервации, развиваются атрофические процессы в мягких тканях.

Последствия операции носят не только физический, но и эмоционально-психологический характер: человек сталкивается с чувством беспомощности и депрессией, теряя веру в себя и свои возможности. Пациенты, пережившие ампутацию, испытывают сильный психологический стресс и особенно нуждаются в поддержке близких людей и медицинского персонала.

Восстановление начинается сразу после операции: от качества первичной реабилитации зависит скорость формирования культуры и заживления, а также отсутствие осложнений. Непосредственно после ампутации начинается важный этап восстановления.

Послеоперационный период и подготовка к протезированию

Этап ранней реабилитации начинается в первые сутки после проведения ампутации. В данный период пациент находится под наблюдением высококвалифицированных специалистов, которые проводят медикаментозное лечение и проводят ряд мероприятий:

- Уход за раной и контроль заживления;
- Противоотечная терапия;
- Улучшение кровообращения;
- Формирование культуры;
- Управление болью: профилактика контрактур и фантомных болей;
- Лечебная физкультура для сохранения подвижности суставов;
- Психологическая поддержка и адаптация к новому состоянию.

Подготовка к протезированию завершается, когда достигнуто полное заживление раны, отсутствуют порочные рубцы, болезненные невромы и отечность, а культура оказывается полностью сформирована.

Мероприятия по реабилитации после ампутации конечности.

Психологическая помощь:

- Оценка психологического состояния пациента;
- Обеспечение поддержки и информации о процессе реабилитации;
- Обсуждение страхов и тревог, связанных с изменениями в теле и жизни;
- Работа с психологом для преодоления чувства утраты и принятия нового образа жизни;
- Обучение методам управления стрессом и эмоциональной регуляции;
- Поддержка в формировании позитивного отношения к своему телу и новым возможностям.

Физическая реабилитация:

- Проведение стабилометрических измерений и диагностики функционального состояния пациента;

- Разработка индивидуальной программы реабилитации;
- Нейромышечная адаптация и формирование сенсомоторной интеграции;
- Укрепление мышц спины и конечностей, адаптация к новым особенностям нагрузки;
- Восстановление мышечной массы конечности;
- Автоматизация физиологически правильных двигательных паттернов и синхронизация движений;
- Восстановление проприоцепции и координации;
- Повышение самостоятельности пациента и приобретение навыков самообслуживания;
- Восстановление уровня физической активности;
- Отслеживание динамики и результатов реабилитации.

Подготовка к протезированию включает комплекс лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию или уменьшение расстройств и деформаций опорно-двигательной системы, которые препятствуют или усложняют пользование протезно-ортопедическими изделиями. Лечебная физкультура (ЛФК) используется в сочетании с физиотерапевтическими процедурами и другими методами для достижения максимального эффекта лечения.

Основные мероприятия в подготовительном периоде протезирования включают:

1. Повышение общего тонуса организма.
2. Укрепление усеченных мышц культи и вышерасположенных суставов.
3. Устранение контрактур и тугоподвижности в суставах усеченной конечности.
4. Развитие силы мышц туловища и плечевого пояса.
5. Тренировка равновесия и вестибулярной функции.
6. Развитие координации движений верхних и нижних конечностей.
7. Совершенствование опорной функции рук.
8. Развитие силы мышц сохраненной конечности при односторонней ампутации.

Реабилитация после ампутации и подготовка к протезированию нижних конечностей – это важный этап в восстановлении функциональности и качества жизни пациента.

Комплекс лечебных мероприятий, включающий ЛФК, физиотерапию и другие методы, поможет пациенту адаптироваться к новым условиям и подготовиться к использованию протезно-ортопедических изделий.

4.1. Реабилитационные методы

В решении этих задач используются различные методы и подходы, направленные на восстановление и улучшение функционального состояния организма.

1. **Лечебная физкультура** (ЛФК) включает в себя несколько направлений:

- Лечебная гимнастика для мышц сохранённой конечности. Это упражнения, направленные на укрепление и развитие мышц здоровой конечности. Они помогают улучшить ее функциональность и подготовить к дальнейшей реабилитации.

- Тренировка мышц туловища и плечевого пояса. Упражнения для этих групп мышц помогают укрепить и развить их, что важно для поддержания равновесия и стабильности тела.
 - Фантомно-импульсная гимнастика для мышц культи. Это упражнения, направленные на тренировку мышц культи. Они помогают улучшить их функциональность и подготовить к использованию протеза.
 - Тренировка функции равновесия. Упражнения для развития координационных способностей помогают улучшить равновесие и стабильность тела, что важно для предотвращения падений и травм.
 - Развитие опорной функции рук. Упражнения для рук помогают улучшить их функциональность и координацию, что важно для выполнения повседневных задач и восстановления независимости.
2. **Медицинский массаж** используется для устранения отека, профилактики образования контрактур и атрофии мышц культи. Массаж помогает улучшить кровообращение, уменьшить болевые ощущения и улучшить подвижность суставов.
3. **Физиотерапевтические мероприятия** включают в себя различные методы, такие как магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электростимуляция, и другие. Воздействие на послеоперационный шов поляризованным светом, лазеротерапией, магнитотерапией позволит остановить воспаление, ускорит заживление послеоперационной раны, уменьшит болевой синдром. Эти методы помогают улучшить кровообращение, уменьшить болевые ощущения, улучшить подвижность суставов и ускорить процесс восстановления. Выбор физиотерапевтических мероприятий зависит от индивидуального статуса пациента и его потребностей.

Физиотерапия направлена на:

- Укрепление мышц и улучшение координации движений.
- Снижение болевых ощущений и отеков.
- Улучшение кровообращения и предотвращение тромбоза.
- Повышение общей физической выносливости и гибкости.

4. **Формирование культи** эластичным бинтованием, использованием компрессионных чехлов на культию.
5. **Разработка контрактур** и тугоподвижности выше расположенных суставов ампутационной культи и сохраненной конечности методами механотерапии, ручной редрессации, использование артромота.

Все эти методы используются в комплексе, чтобы достичь наилучших результатов в решении поставленных задач.

Программа реабилитации проводится под наблюдением специалистов и включает в себя регулярные консультации и контроль за состоянием пациента.

4.2. Процесс привыкания к протезу с помощью физиотерапевтических процедур.

Процесс привыкания к протезу конечности включает несколько этапов и может длиться несколько месяцев, в зависимости от индивидуальных факторов. Физиотерапия играет ключевую роль в этом процессе, помогая пациенту адаптироваться к новому протезу и восстановить утраченные функции.

Врач-реабилитолог разрабатывает индивидуальную программу восстановления, учитывая возраст, состояние здоровья пациента и масштабы оперативного вмешательства. С первых дней после операции важно разрабатывать прооперированную конечность, укреплять мышцы и восстанавливать кровообращение.

Для успешной адаптации необходимо соблюдать умеренную физическую активность, заниматься дыхательной гимнастикой и избегать резких движений и поднятия тяжестей. Регулярные посещения ортопеда в первые месяцы после операции также важны для контроля состояния.

Таким образом, комплексный подход, включающий физиотерапию, лечебную гимнастику и профессиональную поддержку, способствует эффективному привыканию к протезу и восстановлению подвижности.

Психологическая поддержка

Физиотерапевты и реабилитологи также оказывают психологическую поддержку пациентам. Они помогают справиться с эмоциональными трудностями, такими как страх, тревога и депрессия, которые часто возникают после ампутации.

Физиотерапию необходимо начинать как можно раньше после ампутации. Следить за прогрессом любых изменений в культе поможет врач.

Физиотерапия поможет улучшить функциональность, уменьшить боль и ускорить процесс реабилитации. Регулярные сеансы физиотерапии и выполнение домашних упражнений, которым научит врач - реабилитолог помогут быстрее вернуться к полноценной жизни.

Своевременное начало реабилитационных мероприятий и соблюдение всех рекомендаций помогут вам быстрее восстановиться и вернуться к полноценной деятельности.

5. Заключение

Реабилитация участников опасных профессий, участников СВО и лиц длительно находящихся по стрессовой ситуации — это путь, в котором важны время, мотивация и профессиональный подход. Раннее начало, поддержка специалистов и использование современных методов и оборудования позволяют добиться ощутимых результатов даже в самых сложных случаях. Главное — создать условия, в которых каждый сможет восстановить не только тело, но и контроль над собственной жизнью.

Библиографический список

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых»
2. ПРИКАЗ МЗ РФ от 1 декабря 2021 г. N 1113 «Об утверждении методических рекомендаций по проведению послесменной реабилитации работников, занятых на работах с опасными и (или) вредными условиями труда по добыче (переработке) угля (горючих сланцев), включающих показания к послесменной реабилитации, ее продолжительность, перечень категорий работников, подлежащих послесменной реабилитации, рекомендуемые порядок и условия проведения послесменной реабилитации»
3. Доработанный текст проекта Постановления Правительства Российской Федерации "Об осуществлении мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению лиц, принимавших участие в специальной военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, в реабилитационных центрах Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации и о внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 1 августа 2023 г. N 1246" (подготовлен Минтрудом России 25.11.2024)
4. Полякова А.Г., Матвеева В.В. Дифференцированный подход к немедикаментозной реабилитации лиц опасных профессий с различными формами вегетативной дисфункции // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 2.
5. Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ
6. Клинические рекомендации – Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи – 2023-2024-2025 (15.02.2023) – Утверждены Минздравом РФ
7. Зилов В.Г. Современные представления о лечебных механизмах методов восстановительной медицины. Вестник восстановительной медицины. — 2009. -№1. с.12-16.
8. Роберт Урсано, Р. Дж. · Ранделл, Дж. Р. · Фрагала, М. Р. · и др. и др., 1996. Военнопленный Урсано, штат Род-Айленд. Норвуд, штат Массачусетс (редакторы) «Эмоциональные последствия войны в Персидском заливе: ветераны, семьи, сообщества и нации» Американское психиатрическое издательство, Вашингтон, округ Колумбия, 1996; с 443–476
9. Подчуфарова Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение Русский медицинский журнал. 2003. - Т11, № 25. - С. 13951401.
10. Гусева Г. В. К.м.н, «КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ ПРИ ДОРСОПАТИИ» .Автореферат. 2010 г Москва.
11. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. ГЭОТАР-МЕД, 2002. - С.520.
12. Claxton R.P.R., Catalan J., Burgess A.P. Psychological distress and burnout among buddies: Demographic, situational and motivational factors. / AIDS Care, 1998, Vol. 10(2) p. 175-190
13. Зигмонд, А. С.; Снайт, Р. П. (1983). "Госпитальная шкала тревоги и депрессии". Acta Psychiatrica Scandinavica. 67 (6): 361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMC 1339318
- 14 Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
15. Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209-218.

**ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ
(IMPACT OF EVENT SCALE-R-IES-R)**

Название на русском языке: Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС)

Оригинальное название: Impact of Event Scale-R-IES-R (Horowitz M. J., Wilner N. et. al., 1979)

Источник: Horowitz, M. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209 - 218. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса - СПб: Питер, 2001. - 272 с.,

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

Назначение: Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности.

Шкала состоит из 22 пунктов, которые распределяются в три шкалы: "вторжение", "избегание" и "возбудимость". Каждый пункт оценивается как "никогда" (0 баллов), "редко" (1 балл), "иногда" (3 балла) или "часто" (5 баллов).

Обработка полученных данных ШОВТС проводится по ключу:

субшкала "вторжение" (IN): суммируются баллы пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20; - позволяет выявлять у испытуемогоочные кошмары, навязчивые мысли, связанные с травмирующим событием

субшкала "избегание" (AV): суммируются баллы пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22; - позволяет выявлять у испытуемого симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с воздействием кризисного события

субшкала "физиологическое возбуждение" (AR): суммируются баллы пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21; - позволяет выявлять у испытуемого злость и раздражительность, гипертрофированную реакцию испуга, психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями о событии, бессонницу.

Все пункты имеют прямое значение.

Опросник предназначен для изучения наличия, степени выраженности и симптоматической структуры посттравматического стрессового расстройства. Шкала зарекомендовала себя как надежный, валидный инструмент, прошедший кросс-культурную апробацию. Шкала может быть включена в батарею психодиагностических методик для работы с лицами, у которых имеется или подозревается ПТСР.

Инструкция: Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение: Никогда, Редко, Иногда, Часто. Обратите внимание, что перечисленные симптомы касаются Вашего самочувствия касаемо последней недели Вашей жизни.

	Никогда	Редко	Иногда	Часто
1. Любое напоминание об этом событии заставляло меня заново переживать все случившееся				
2. Я не мог спокойно спать по ночам				
3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось				

4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев				
5. Я не позволял себе расстраиваться, когда думал об этом событии или что то напоминало мне о нем				
6. Я думал о случившемся против своей воли				
7. Мне казалось, что всего случившегося как будто бы не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным				
8. Я старался избегать всего, что напоминало мне о случившемся				
9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании				
10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что то внезапно пугало меня				
11. Я старался не думать о случившемся				
12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать				
13. Я чувствовал что то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы				
14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в этой ситуации				
15. Мне было трудно заснуть				
16. Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией				
17. Я старался вытеснить случившееся из памяти				
18. Мне было трудно сосредоточить свое внимание на чем либо				
19. Когда что то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения - потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т.д.				
20. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось				
21. Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что то плохое				
22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся				

Ключ (интерпретация):

Субшкала "вторжение": сумма баллов пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала "избегание": сумма баллов пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала "физиологическая возбудимость": сумма баллов пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК SCL_-_90_BLANK

Название на русском языке: Симптоматический опросник SCL-90-R

Источник: <https://psylab.info>

SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно».

SCL-90 (соответственно, и SCL-90-R) содержит следующие шкалы:

1. Соматизация
2. Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости)
3. Интерперсональная чувствительность
4. Депрессия
5. Тревожность
6. Враждебность
7. Навязчивые страхи (фобии)
8. Параноидность (паранояльность)
9. Психотизм
10. Общий индекс тяжести
11. Индекс тяжести наличного дисстресса
12. Число утвердительных ответов (число беспокоящих симптомов)

Клиническая значимость

SCL-90-R - методика, предназначенная для определения текущего статуса, она не подходит для диагностики личности. Инструкция к методике и её внутренняя суть предполагает изучение именно **степени дискомфорта**, причиняемого теми или иными симптомами, вне зависимости от того, насколько они выражены в реальности. Кроме того, методика не включает шкалы лжи и структура не направлена на коррекцию установочных ответов испытуемого, что также должно учитываться при инструктаже и тестировании (хотя шкала психотизма за счёт необычных симптомов, в неё входящих, может использоваться для оценки степени искренности испытуемого и его склонности к агравации, если заведомо известно об отсутствии психотических расстройств).

Подсчёт результатов

1. Основное предназначение шкалы - выявление психологического симптоматического статуса широкого круга лиц, поэтому результаты опросника имеют достаточно приблизительную клиническую значимость, но SCL-90-R может применяться достаточно широко. Исключением являются люди, не способные воспринять смысл инструкций, пациенты с деменцией и явно психотическими состояниями
2. Для получения результата по базовым шкалам необходимо вычислить среднее арифметическое значение по вопросам, входящим в эту шкалу, т.е. сложить баллы по входящим в шкалу вопросам и разделить сумму на их количество. Если по каким-то из вопросов не было получено ответов, то их исключают из подсчёта. В случае, если пропущено 20% вопросов теста (18 пунктов) или 40% вопросов какой либо шкалы, результаты не могут считаться достоверными.

3. Результат по шкале GSI считается как среднее арифметическое значение всего теста, т.е. сумма баллов всех вопросов, делённая на 90.
4. PST равен просто количеству вопросов, на которые даны неотрицательные ответы.
5. PSDI - средняя тяжесть предъявляемых симптомов, вычисляется как деление общего балла всего теста на значение PST. Таким образом, при PST=90, GSI и PSDI будут равны друг другу, чем меньше значение PST, тем больше будет различие между ними.

6. Таблица базовых шкал SCL-90-R с входящими в них пунктами

Шкала	Количество пунктов	Номера пунктов
Соматизация	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Навязчивости	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Сенситивность	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депрессия	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тревожность	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Враждебность	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Фобия	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Паранойальность	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

7. Интерпретация основных шкал

Соматизация — Somatization (SOM)

Нарушения, называемые соматизацией, отражают дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. Сюда относятся жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах. Компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности. Все эти симптомы и признаки могут указывать на наличие расстройства, хотя они могут быть и проявлением реальных соматических заболеваний.

Обсессивность—компульсивность — Obsessive—Compulsive (O—C)

Обсессивно-компульсивное расстройство отражает симптомы, которые в сильной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. Эти вопросы касаются мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые «Я». В эту шкалу также включены вопросы, касающиеся поведения или переживаний более общей когнитивной окраски.

Межличностная сензитивность — Interpersonal Sensitivity (INT)

Данное расстройство определяется чувствами личностной неадекватности и неполноты, в особенности когда человек сравнивает себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Кроме того, индивиды с высокими показателями по INT сообщают об обостренном чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Депрессия — Depression (DEP)

Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии. Здесь представлены симптомы дисфории и аффекта, такие как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда относятся чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Тревожность — Anxiety (ANX)

Тревожное расстройство состоит из ряда симптомов и признаков, которые клинически сопряжены с высоким уровнем манифестирующей тревожности. В определение входят общие признаки, такие как нервозность, напряжение и дрожь, а также приступы паники и ощущение насилия. В качестве признаков тревожности сюда относятся когнитивные компоненты, включающие чувства опасности, опасения и страха и некоторые соматические корреляты тревожности.

Враждебность — Hostility (HOS)

Враждебность включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входят все три признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

Фобическая тревожность — Phobic Anxiety (PHOB)

Определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению. Пункты, относящиеся к представленному расстройству, направлены на наиболее патогномичные и разрушительные проявления фобического поведения. Действительная структура расстройства находится в близком соответствии с дефиницией, называемой агорафобия (Marks, 1969), названной также синдромом фобической тревожной деперсонализации (Roth, 1959).

Паранояльные тенденции — Paranoid Ideation (PAR)

Данное определение представляет паранояльное поведение как вид нарушений мышления. Кардинальные характеристики проективных мыслей, враждебности, подозрительности, напыщенности, страха потери независимости, иллюзии рассматриваются как основные признаки этого расстройства, и выбор вопросов ориентирован на представленность этих признаков.

Психотизм — Psychoticism (PSY)

В шкалу психотизма включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, такие как галлюцинации или слышание голосов. Шкала психотизма представляет собой градуированный континuum от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма. Кроме того, она может быть полезна для выявления грубой агрессии, симуляции и небрежного заполнения бланка - при высоких значения по ней при отсутствии явной симптоматики.

8. Дополнительные вопросы

Семь вопросов, которые входят в SCL, не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств; эти симптомы действительно являются указателями некоторых расстройств, но не относятся ни к одному из них. Хотя в этом смысле присутствие дополнительных вопросов нарушает один из статистических критериев для включения в тест, но все же они вошли в него, так как являются клинически важными. Дополнительные вопросы участвуют в общей обработке SCL и используются «конфигурально». Так, например, высокие значения DEP в сочетании с «ранним утренним пробуждением» и «плохим аппетитом» означают другое состояние, отличное от тех же значений DEP без этих симптомов. В том же смысле наличие «чувства вины» является важным клиническим индикатором, который предоставляет необходимую информацию

клиницистам. Дополнительные вопросы не объединены между собой как отдельное расстройство, а участвуют в общей обработке теста.

9. Интерпретация оценочных шкал

Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента. Функцией каждого из них является приведение к единому масштабу уровня и глубины личностной психопатологии. Каждый индекс делает это некоторым особым способом и отражает какие-то отдельные аспекты психопатологии. Информация о типе реагирования и количестве утвердительных ответов для симптомов, рассмотренная в связи с GSI, может быть очень полезна в понимании клинической картины.

10. Общий индекс тяжести симптомов (GST)

GSI является лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройства, и его следует использовать в большинстве случаев, где требуется обобщенный единичный показатель. GSI является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса

11. Индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD)

PSDI является исключительно мерой интенсивности состояния, соответствующей количеству симптомов. Этот показатель работает в основном как индикатор типа реагирования на взаимодействие: усиливает ли или преуменьшает испытуемый симптоматический дистресс при ответах

12. Общее число утвердительных ответов (PST)

PST — просто подсчет числа симптомов, на которые пациент дает положительные ответы, — т. е. количество утверждений, для которых испытуемый отмечает хоть какой-то уровень выше нулевого.

13. Интерпретация опросника в целом

Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов. Интерпретация основных шкал производится в соответствии с их описанием, предназначением и теоретико-методологическими основами экспериментатора.

Индекс GSI является наиболее информативным показателем, отражающим уровень психического дистресса индивида. Индекс PSDI представляет собой измерение интенсивности дистресса и, кроме того, может служить для оценки «стиля» выражения дистресса испытуемого: проявляет ли испытуемый тенденцию к преувеличению или к укрытию своих симптомов. Индекс PST отражает широту диапазона симптоматики индивида. Информация, полученная из этих трех источников, должна быть тщательно интегрирована для того, чтобы получить наиболее значимую и валидную картину дистресса

Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникают у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте (так, чтобы цифра внутри каждого кружка была видна), не пропуская ни одного пункта.

НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ТРЕВОЖИЛИ:

	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно

1. Головные боли

2. Нервозность или внутренняя дрожь

3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли			
4. Слабость или головокружения			
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 в 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 другого пола			
22.Ощущение, что Вы в западне или пойманы			
23.Неожиданный и беспричинный страх			
24.Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать			
25.Боязнь выйти из дома одному			
26.Чувство, что Вы сами во многом виноваты			
27.Боли в пояснице			
28.Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо			
29.Чувство одиночества			

30.Подавленное настроение, “хандра”			
31.Чрезмерное беспокойство по разным поводам			
32.Отсутствие интереса к чему бы то ни было			
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 и перепроверять то, что вы делаете			
46.Трудности в принятии решения			
47.Боязнь езды в автобусах, метро или поездах			
48.Затруднённое дыхание			
49.Приступы жара или озноба			
50.Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. 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 безнадёжно			
55.То, что Вам трудно сосредоточится			
56.Ощущение слабости в различных частях тела			

57. Ощущение напряжённости или взвинченности			
58. Тяжесть в конечностях			
59. Мысли о смерти			
60. Переедание			
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас			
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, перечитывать и т.д. и т.п.			
66. Беспокойный и тревожный сон			
67. Импульсы ломать или крошить что-нибудь			
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 всё, что бы Вы ни делали, требует больших усилий			
72. Приступы ужаса или паники			
73. Чувство неловкости, когда Вы едите и пьёте на людях			
74. То, что Вы часто вступаете в спор			
75. Нервозность, когда Вы остались 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 произойдёт что-то плохое			
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами			
82. Боязнь, что Вы упадёте в обморок на людях			
83. Ощущение, что люди злоупотребляют Вашим доверием, если Вы им позволите			

84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли

85. Мысли, 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

Приложение 3

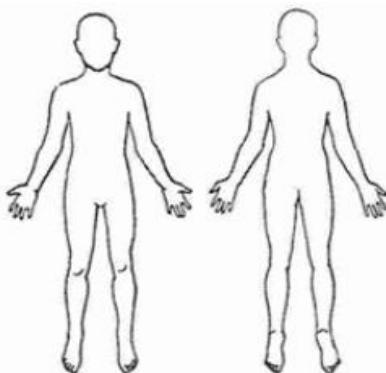
ПРИМЕРНАЯ ФОРМА ОПРОСНОГО ЛИСТА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ БОЛИ

ОЦЕНКА БОЛИ (пожалуйста, отмечайте крестиком или подчеркивайте)

Ф.И.О. _____ Возраст _____ Дата _____

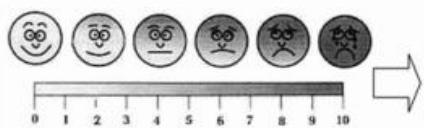
1. Локализация боли:

- лицо
- грудь
- живот
- промежность
- правая рука
- правое плечо
- правая нога
- правый тазобедренный сустав
- правое колено
- правая стопа



- затылок
- спина
- поясница
- крестцовая область
- левая рука
- левое плечо
- левая нога
- левый тазобедренный сустав
- левое колено
- левая стопа

2. Интенсивность боли:



- 0 -- нет боли
- 1-2 -- минимальная боль
- 3-4 -- умеренная боль
- 5-6 -- боль средней интенсивности
- 7-8 -- сильная боль
- 9-10 -- сильная непереносимая боль

3. Характер боли:

- | | | |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Острая | <input type="radio"/> Пульсирующая | <input type="radio"/> Не могу охарактеризовать |
| <input type="radio"/> Тупая | <input type="radio"/> Жгучая | <input type="radio"/> Другая _____ |
| <input type="radio"/> Режущая | <input type="radio"/> При прикосновении | |

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ HADS

Название на русском языке: Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Оригинальное название: The Hospital Anxiety and Depression Scale.

Источники: Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2003, N 5, 11 - 17. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983; 67: 361 - 70.

Тип: шкала оценки.

Назначение: Госпитальная шкала тревоги и депрессии представляет собой экспресс-скрининг для оценки уровня тревоги и депрессии в условиях общемедицинской практики. Обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) - ключевые преимущества:

1. Надежная шкала самооценки, которая измеряет степень тревоги и депрессии.
2. Скорость. Всего 14 вопросов. Заполнение занимает от 2 до 5 минут.
3. Простота. Легко заполнить, легко подсчитать, легко интерпретировать результаты.
4. Распространенность. Шкала доступна на 115 языках и, поэтому, подходит для исследований на международном уровне.

Содержание: Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики.

Бланк шкалы выдается для самостоятельного заполнения испытуемому и сопровождается инструкцией. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы - "тревога" (7 утверждений) и "депрессия" (7 утверждений). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Ключ: Уровень депрессии и тревоги оценивается независимо друг от друга. Для этого ведется отдельный подсчет баллов по вопросам, оценивающим уровень депрессии и по вопросам оценки степени тревоги.

Количество баллов	Интерпретация
0 - 7	"норма" (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
8 - 10	"субклинически выраженная тревога/депрессия"
11 и более	"клинически выраженная тревога/депрессия"

Пояснения: Изначально госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) была разработана для выявления состояний депрессии, тревоги и эмоционального расстройства среди пациентов, которые проходили лечение по различным клиническим заболеваниям. По замыслу разработчиков шкалы (Zigmond & Snaith, 1983) это позволило бы выявить вклад расстройств настроения (особенно - тревоги и депрессии) в развитие и лечение основного заболевания. В настоящее время данная шкала является наиболее используемой в мире для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Шкала HADS валидизирована в России (русская версия А.В. Андрющенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский, 2003).

Шкала HADS для определения уровня тревоги и депрессии не вызывает затруднений у пациента и не требует продолжительного времени на заполнение и интерпретацию результатов. Шкала

предназначена для того, чтобы помочь врачу лучше понять эмоциональное состояние и самочувствие пациента. Для углубленной диагностики эмоционального состояния пациента рекомендуется использовать: шкалу Гамильтона для оценки тревоги - HARS и шкалу Гамильтона для оценки депрессии - HDRS.

Практические рекомендации пациенту: Шкалу необходимо заполнить за 10 - 15 минут самостоятельно, без обсуждения с кем-либо. По всем пунктам должны быть выбраны ответы. Каждому утверждению шкалы HADS соответствуют четыре варианта ответа. Выберите и отметьте тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию в течение последних 7 дней. Не раздумывайте долго над ответом на вопрос. Ваша первая реакция будет наиболее верной.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа.

Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

- 1. Я испытываю напряжение, мне не по себе**
3 - все время
2 - часто
1 - время от времени, иногда
0 - совсем не испытываю
- 2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться**
3 - определенно это так, и страх очень велик
2 - да, но страх не очень велик
1 - иногда, но это меня не беспокоит
0 - совсем не испытываю
- 3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове**
3 - постоянно
2 - большую часть времени
1 - время от времени и не так часто
0 - только иногда
- 4. Я легко могу присесть и расслабиться**
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь изредка, это так
3 - совсем не могу
- 5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь**
0 - совсем не испытываю
1 - иногда
2 - часто
3 - очень часто
- 6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться**
3 - определенно, это так
2 - наверно, это так
1 - лишь в некоторой степени, это так
0 - совсем не испытываю
- 7. У меня бывает внезапное чувство паники**
3 - очень часто
2 - довольно часто
1 - не так уж часто
0 - совсем не бывает

Количество баллов здесь _____

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

- 1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство**
0 - определенно, это так
1 - наверное, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - это совсем не так
- 2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное**
0 - определенно, это так
1 - наверное, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - совсем не способен
- 3. Я испытываю бодрость**
3 - совсем не испытываю
2 - очень редко
1 - иногда
0 - практически все время
- 4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно**
3 - практически все время
2 - часто
1 - иногда
0 - совсем нет
- 5. Я не слежу за своей внешностью**
3 - определенно, это так
2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
0 - я слежу за собой так же, как и раньше
- 6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения**
0 - точно так же, как и обычно
1 - да, но не в той степени, как раньше
2 - значительно меньше, чем обычно
3 - совсем так не считаю
- 7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы**
0 - часто
1 - иногда
2 - редко
3 - очень редко

Количество баллов здесь _____

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»

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) — 3 балла. Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы.
Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии — 9 баллов. Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия.
Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии — 1 балл. Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы.

Приложение 5

ОПРОСНИК НА СКРИНИНГ ПТСР

Название на русском языке: 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., Mc Evedy, 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.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

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		
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 6

ШКАЛА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПТСР (CLINICAL-ADMINISTERED PTSD SCALE – CAPS)

Название на русском языке: Шкала для клинической диагностики ПТСР

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.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

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 C, D и E требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен уточнить, что у пациента манифестация симптомов C, 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 лаборатории психологии посттравматического стресса и 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 _____

A. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ _____

В. ПОСТОЯННО ПОВТОРЯЮЩЕЕСЯ ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

(1) Повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс

Частота

Служалось 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 постараешься, 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 – несколько

1 – слабая интенсивность симптома: минимальный дистресс

2 – умеренная интенсивность: 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 просоночном 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 – 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 реальным было это ощущение? Насколько сильно вам казалось, что то событие(я) происходило снова? Как долго это продолжалось? Что вы делали при этом?

0 – никогда такого не было

1 – слабая интенсивность симптома: ощущение чуть большей реалистичности происходящего, чем при простом размышлении о нем

2 – умеренная интенсивность: ощущения определенные, но передающие диссоциативное качество, однако при этом сохраняется тесная связь с окружающим, ощущения похожи на грезы наяву

3 – высокая интенсивность: в сильной степени диссоциативные ощущения – пациент рассказывает об образах, звуках, запахах, но все еще сохраняется некоторая связь с окружающим миром

4 – очень высокая интенсивность: ощущения полностью диссоциативны – флэшбэк- эффект, полное отсутствие связи с окружающей реальностью, возможна амнезия данного эпизода – "затмение", провал в памяти

(4) Повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс)

Частота

Были ли у вас когда-нибудь неприятные сны о том событии? 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 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 пробуждений

2 – умеренная интенсивность: просыпается, испытывая дистресс, но легко засыпает снова

3 – высокая интенсивность: очень тяжелый дистресс, затруднено повторное засыпание

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

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

Частота

Пытались ли вы когда-либо избегать 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 избегать 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 прошедшего с вами события(ий) (например, имена, лица, последовательность событий)? Многое ли из того, что имело отношение к прошедшему, вам было трудно вспомнить в прошлом 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 (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 о событии(ях)

(8) Заметная потеря 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 прошедшего, сколько видов занятий перестали вас интересовать за прошедший месяц?

0 – потери 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 глубока или сильна была потеря интереса к этим занятиям?

0 – вообще не было потери интереса

1 – слабая интенсивность симптома: только незначительная потеря интереса, не исключающая 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

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%)

Интенсивность

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 "идущим, 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 (ненаблюдались до травмы)

(12) Трудности с засыпанием или с сохранением нормального сна

Частота

Были ли у вас какие-либо проблемы с засыпанием или с тем, 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 с засыпанием?

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 с концентрацией внимания

Частота

Не казалось 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

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 при воздействии 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 вопросы 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: явное 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 и закончился

Ключ (интерпретация):

Средние значения показателей CAPS (Тарабрина, 2001)

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

Приложение 7

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.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

Назначение: **Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (англ. Mississippi Scale)** - клиническая тестовая методика, изначально разработанная в 1987 году Keane T.M. 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 суициdalным 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 Ликкерта. 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 _____ Вес _____ Рост _____

Семейное положение _____ Детей _____

Профессия _____

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 чувства вины за то, 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 я 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 избегать 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 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. 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 я 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 с ключом оценивается в один балл:

Гражданский вариант

Ответ	Номера утверждений
Пункты, считаемые в прямых значениях:	<u>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</u>
Пункты, считаемые в обратных значениях:	<u>2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34</u>

Военный вариант

Ответ	Номера утверждений
Пункты, считаемые в прямых значениях:	<u>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</u>
Пункты, считаемые в обратных значениях:	<u>2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34</u>

Приложение 8

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС

Название на русском языке: Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс

Оригинальное название: Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс

Источник: Клиническая психометрика: учебное пособие/В.А. Солдаткин, А.И. Ковалев, М.Н. Крючкова [и др.]; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии. - Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2020. - 352 с

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

Назначение:

Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс направлена на установление степени психофизиологической реакции на стресс, как предиктора заболеваний.

Содержание (шаблон):

Инструкция

Отметьте ту цифру, которая отражает частоту проявления у Вас того или иного симптома, а затем подсчитайте общую сумму.

Симптомы стрессовой реакции	Никогда	Редко (чаще, чем один раз в полгода)	Иногда (чаще, чем один раз в месяц)	Часто (чаще, чем один раз в неделю)	Постоянно
1. Затяжные головные боли	1	2	3	4	5
2. Мигрени (сосудистые головные боли)	1	2	3	4	5
3. Боли в желудке	1	2	3	4	5
4. Повышение давления	1	2	3	4	5
5. Холодные кисти рук	1	2	3	4	5
6. Изжоги	1	2	3	4	5
7. Поверхностное, частое дыхание	1	2	3	4	5
8. Диарея	1	2	3	4	5
9. Сильное сердцебиение	1	2	3	4	5
10. Потение рук	1	2	3	4	5
11. Тошнота	1	2	3	4	5
12. Метеоризм (вздутие живота)	1	2	3	4	5
13. Учащенное мочеиспускание	1	2	3	4	5
14. Потение ступней	1	2	3	4	5
15. Маслянистая кожа	1	2	3	4	5
16. Усталость/истощение	1	2	3	4	5
17. Энурез (ночное недержание мочи)	1	2	3	4	5
18. Сухость во рту	1	2	3	4	5
19. Тремор рук	1	2	3	4	5
20. Боли в спине	1	2	3	4	5

21. Боли в шее	1	2	3	4	5
22. Жевательные движения челюстей	1	2	3	4	5
23. Скрежетание зубами	1	2	3	4	5
24. Запоры	1	2	3	4	5
25. Ощущение тяжести в груди или в области сердца	1	2	3	4	5
26. Головокружение	1	2	3	4	5
27. Рвота	1	2	3	4	5
28. Нарушение менструального цикла	1	2	3	4	5
29. Пятна на коже	1	2	3	4	5
30. Учащенное биение сердца	1	2	3	4	5
31. Колики	1	2	3	4	5
32. Астма	1	2	3	4	5
33. Расстройства пищеварения	1	2	3	4	5
34. Пониженное давление	1	2	3	4	5
35. Гипервентиляция	1	2	3	4	5
36. Боли в суставах	1	2	3	4	5
37. Сухость кожного покрова	1	2	3	4	5
38. Стоматит/заболевания челюстей	1	2	3	4	5

Ключ (интерпретация):

От 40 до 75 баллов - вероятность заболеть из-за стресса минимальна.

От 76 до 100 баллов - небольшая вероятность заболеете из-за стресса.

От 101 до 150 баллов - высокая вероятность заболевания из-за стресса.

Более 150 баллов - высока вероятность того, что стресс уже сказался на здоровье

Приложение 9

ОПРОСНИК ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ

Название на русском языке: Опросник перитравматической диссоциации

Оригинальное название: Опросник перитравматической диссоциации (Агарков В.А., Тарабрина Н.В., 1998) Источник: Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса - СПб: Питер, 2001. - 272 с.,

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Назначение: Опросник перитравматической диссоциации (ОПД) разработан в 1998 году и включает 9 вопросов, которые касаются переживаний пациента в то время, когда с ним происходило потенциально травмирующее событие.

В основу опросника ОПД легла секция модуля PTSD [СКИД для DSM-III-R (Spitzer R. L и др., 1990)], вопросы которой касались переживаний субъекта в то время, когда с ним происходило потенциально психотравмирующее событие.

Обследуемым предлагается ответить на 9 вопросов, в которых описаны различные диссоциативные состояния, такие, например, какdereализация, деперсонализация, опыт выхода из тела и др. Ответы на вопросы даются в формате пятибалльной шкалы.

Общий балл подсчитывается как среднее арифметическое по 9 пунктам. Диагностические критерии следующие: у здоровых показатели от 9 до 15 баллов; у пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами - от 19 до 45 баллов.

Содержание (шаблон):

ОПРОСНИК ПЕРИТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ

Ф.И.О. _____ Дата _____

ИНСТРУКЦИЯ

Вспомните, пожалуйста, с максимальной точностью, как вы себя чувствовали и что испытывали в то время, когда происходило самое тяжелое из пережитых вами экстраординарных событий.

Опишите вкратце это событие

Ниже приведены вопросы о том, как вы себя чувствовали именно в то время. Обведите кружком вариант ответа, который соответствует тому, насколько верно описание, приведенное в вопросе, отражает то, что вы чувствовали в момент события.

БЛАНК

1. Были ли такие моменты во время события, когда вы переставали понимать, что происходит? Было ли у вас ощущение потери чувства реальности, "выпадения из реальности"? Были ли другие состояния, когда вы переставали ощущать себя частью происходящего?	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно
2. Было ли так, что вы действовали автоматически ("на автопилоте")? Так, сделав что-то, вы позже осознавали, что это сделано вами, но никаких активных намерений совершить это действие тогда у вас не было?	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

3. Изменялось ли у вас чувство времени? Казалось ли вам, что события необычайно ускорялись или замедлялись?	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно
4. Казалось ли вам все происходящее нереальным, как будто вы были во сне или смотрели кино или какое-то представление?	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно
5. Ощущали ли вы себя посторонним наблюдателем происходящего с вами лично? Было ли у вас ощущение, что вы как бы летите над местом события или наблюдаете все со стороны?	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно
6. Было ли так, что ваше ощущение собственного тела как бы искажалось или изменялось - вы чувствовали себя необычно маленьким или большим? Ощущали ли вы, что не связаны со своим телом?	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно
7. Казалось ли вам, что нечто происходящее на ваших глазах с кем-то другим происходит непосредственно с вами? Например, если вы видели, как кого-то травмировало, чувствовали ли вы, что травмировало именно вас, даже если на самом деле этого не произошло?	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно
8. Было ли так, что после того, как все кончилось, вы были удивлены, обнаружив, что в вашем присутствии произошло много событий, о которых вы ничего не знаете (особенно таких, которые вы обычно обязательно замечаете)?	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

9. Если вы были травмированы во время события, заметили ли вы, что в момент травмы ощутили удивительно слабую боль или не ощутили боли совсем? (Если вы не были травмированы, поставьте отметку здесь)	1	2	3	4	5
	совершенно неверно	иногда верно	до некоторой степени верно	верно	совершенно верно

Ключ (интерпретация):

Подсчитывается сумма баллов по каждому вопросу Итоговая сумма баллов отражает выраженность перитравматической диссоциации.

Приложение 10

ШКАЛА БЕЗНАДЕЖНОСТИ БЕКА (BECK HOPELESSNESS SCALE, BHS)

Название на русском языке: Шкала Безнадежности Бека

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

Тип (подчеркнуть):

- шкала
- оценки
- индекс
- вопросник

- другое (уточнить):

Назначение: Шкала безнадежности Бека (англ. Beck Hopelessness Inventory, сокр. ВНІ) - 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 безнадежности 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 Безнадежности 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 совершивших попытки самоубийства.

Содержание (шаблон):

Дата _____ Ф.И.О. _____

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.	С тем же успехом я мог бы сдаться, потому что я не смогу сделать свою жизнь		Верно	Неверно

	лучше.		
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 хватает времени, чтобы успевать делать то, что я хочу.	Верно	Неверно
6.	В будущем я рассчитываю добиться успеха в том, что больше всего 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.

		ВЕРНО	НЕВЕРНО
1.	Я смотрю в будущее с надеждой и энтузиазмом.	0	1
2.	С тем же успехом я мог бы сдаться, потому что я не смогу сделать свою жизнь лучше.	1	0
3.	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться вечно.	0	1
4.	Я не могу представить, какой будет моя жизнь через 10 лет.	1	0
5.	Мне хватает времени, чтобы успевать делать то, что я хочу.	0	1
6.	В будущем я рассчитываю добиться успеха в том, что больше всего для меня	0	1

	важно.		
7.	Мое будущее кажется мне мрачным.	1	0
8.	Я удачливый и ожидаю от жизни больше хорошего, чем обычный человек.	0	1
9.	Я не могу быть успешным сейчас и не вижу оснований для успеха в будущем.	1	0
10.	Мой прошлый жизненный опыт хорошо подготовил меня к будущему.	0	1
11.	Все, что я вижу впереди, это скорее неприятности, чем удовольствия.	1	0
12.	Я не ожидаю получить то, что действительно хочу.	1	0
13.	Когда я думаю о будущем, я ожидаю, что буду счастливее, чем сейчас.	0	1
14.	Дела идут совсем не так, как я хочу.	1	0
15.	Я очень верю в свое будущее.	0	1
16.	Я никогда не получаю того, чего хочу, поэтому глупо чего-то желать.	1	0
17.	Очень маловероятно, что в будущем меня ждет хоть какое-то реальное удовлетворение.	1	0
18.	Будущее кажется мне туманным и неопределенным.	1	0
19.	В будущем я могу ожидать больше хороших дней, чем плохих.	0	1
20.	Нет смысла пытаться получить что-либо из того, что я хочу, потому что вряд ли я добьюсь этого.	1	0

Ключ (интерпретация):

0 - 3 В пределах нормы (или бессимптомно)

4 - 8 Легкая безнадежность

9 - 14 Умеренная безнадежность

15 - 20 Тяжелая степень безнадежности

Приложение 11

ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ПТСР "TREATMENT OUTCOME PTSD SCALE" (TOP-8)

Название на русском языке: Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР
Оригинальное название: "Treatment Outcome PTSD Scale" (TOP-8)

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

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

Содержание (шаблон):

Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР "Treatment Outcome PTSD Scale" (TOP-8)

Инструкция

Интервьюер должен определить, какое травматическое событие является самым значимым, затем оценивать, насколько каждый симптом мешал пациенту на прошлой неделе.

1. Были ли у вас болезненные образы, мысли или воспоминания о травме, от которых вы не могли избавиться, даже если хотели? Возникали ли они периодически?

0 - никогда

1 - в легкой степени: редкие и небеспокоящие

2 - в средней степени: по крайней мере один раз в неделю и/или вызывающие небольшой дистресс

3 - в тяжелой степени: по крайней мере 4 раза в неделю или вызывающие средний дистресс

4 - в очень тяжелой степени: ежедневно, или вызывают дистресс до такой степени, что пациент не может работать или социально функционировать.

2. Вызывает ли воздействие события, которое напоминает вам о травме или является похожим на нее, какие-либо физические проявления (например, потливость, дрожь, сердцебиение, тошнота, учащенное дыхание, ощущение озноба и т.д.)?

0 - никогда

1 - немного: редкие или сомнительные

2 - отчасти: вызывающие небольшой дистресс

3 - значительно: вызывающие выраженный дистресс

4 - заметно: вызывающие выраженный дистресс или необходимость поиска помощи врачей в связи с физическими проявлениями (например, боль в груди настолько выраженная, что он/она был убежден в наличии у себя сердечного приступа).

3. Избегаете ли вы упорно места, людей или случаи, которые напоминают вам о событии, например, фильмы, телепередачи, шумные места, встречи ветеранов или похороны?

0 - нет избегания

1 - в легкой степени: сомнительной значимости (неудобно, но не избегает)

2 - в умеренной степени: определенно избегает ситуаций

3 - в тяжелой степени: очень неудобно, и избегание затрагивает жизнь в некоторой степени

4 - очень тяжелой степени: прикованный к дому, не может выходить в магазины и рестораны.

4. Испытываете ли вы меньше интереса (удовольствия) к вещам, которые ранее вас радовали?

0 - интерес не потерян

1 - один или два действия вызывают меньше удовольствие

2 - несколько действий вызывают меньше удовольствие

3 - большинство действий вызывают меньше удовольствие

4 - практически все действия вызывают меньше удовольствие.

5. Контактируете ли Вы с людьми меньше чем обычно? Чувствуете ли Вы себя отчужденным от других людей?

0 - нет проблем

1 - в легкой степени: чувствует себя отдаленным или отчужденным, но все же имеет нормальную степень контакта с другими людьми

2 - в умеренной степени: иногда избегает контакта, в котором он или она, как правило, участвовал ранее

3 - в тяжелой степени: безусловно и обычно избегает людей, с которыми он или она ранее контактировал

4 - в очень тяжелой степени: абсолютно отказывается или активно избегает всех социальных контактов с момента травмы.

6. Есть ли у вас теплые чувства или чувствуете ли вы себя ближе к другим? Чувствуете ли вы оцепенение?

0 - нет проблем

1 - в легкой степени: сомнительной значимости

2 - в умеренной степени: некоторые трудности с выражением чувств

3 - в тяжелой степени: определенные проблемы с выражением чувств

4 - в очень тяжелой степени: не имеет чувств, чувствует оцепенение большую часть времени.

7. Вы насторожены? Вы легко отвлекаетесь? Чувствуете ли вы, что находитесь на грани?

0 - нет проблем

- 1 - в легкой степени: периодически/не мешает
- 2 - в умеренной степени: вызывает дискомфорт, чувствует на грани или бдительным в некоторых ситуациях
- 3 - в тяжелой степени: вызывает дискомфорт, чувствует на грани или бдительным в большинство ситуациях
- 4 - в очень тяжелой степени: вызывает выраженный дискомфорт, и меняет жизнь (постоянно насторожен, должен соблюдать дистанцию, социально обесценен в связи с чувством на грани).
8. Вас легко напугать? У вас есть тенденция к внезапному вздрагиванию? Возникает ли это после неожиданного шума, или если вы слышите или видите что-то, что напоминает вам о травме?
- 0 - нет проблем
- 1 - в легкой степени: периодически/не мешает
- 2 - в умеренной степени: определенно вызывает дискомфорт или чрезмерный испуг по крайней мере раз в две недели
- 3 - в тяжелой степени: происходит чаще одного раза в неделю
- 4 - в очень тяжелой степени: настолько плохо, что пациент не может функционировать на работе или в социуме.
- Ключ (интерпретация):
- Подсчитывается сумма баллов по каждому вопросу. Количественное изменение суммы баллов отражает терапевтическую динамику.