

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ



Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневиц

2018 г.

Регистрационный номер № 235-1218

МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С
СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И КОМОРБИДНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья»

АВТОРЫ:

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

д.м.н., доцент Скугаревская М.М., Трущенко М.Н., Адамчук Т.А.

Минск, 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневиц
28.12.2018

Регистрационный номер № 235-1218

**МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ
С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И КОМОРБИДНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья»

АВТОРЫ: канд. мед. наук И. В. Григорьева, канд. мед. наук, доц. А. А. Кралько,
д-р мед. наук, доц. М. М. Скугаревская, М. Н. Трущенко, Т. А. Адамчук

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод комплексной медицинской реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя и коморбидными расстройствами настроения (аффективными расстройствами) (МКТАР).

Инструкция предназначена для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, психологов, других врачей-специалистов организаций и направлена на медицинскую реабилитацию лиц с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях лечебно-трудового профилактория (ЛТП).

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).
2. Психодиагностические шкалы и опросники:
 - госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги (A. S. Zigmond, R. P. Snaithe, 1983);
 - шкала депрессии Бека для определения состояния депрессии (A. Beck, 1961);
 - шкала безнадежности Бека для определения состояния риска суицида (A. Beck, 1974);
 - шкала диагностики расстройств (для скринингового выявления) биполярного спектра (BSDS) (R. Pies, S. Ghaemi, 2005).
4. Лекарственные средства для коррекции аффективных нарушений.
5. Помещение с 7–12 мягкими стульями для проведения групповой психотерапии и психокоррекции, дневник «Самонаблюдение настроения».
6. Помещения и инструментарий для проведения трудотерапии.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Депрессивный синдром в рамках расстройств настроения (F 32.0; 32.1) и расстройств адаптации (F 43.2) у лиц с синдромом зависимости от алкоголя (F 10.2), находящихся в ЛТП.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Психотические формы психических расстройств.
2. Сопутствующие соматические заболевания в фазе обострения.
3. Индивидуальная непереносимость лекарственных средств.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Метод, изложенный в настоящей инструкции, реализуется поэтапно. МКТАР основан на принципе преемственности, индивидуальном подходе к применению диагностических и реабилитационных медицинских вмешательств, согласованном взаимодействии медицинских специалистов ЛТП, обеспечивающих максимальную стабилизацию настроения и вовлеченность пациента в реабилитационный процесс. Он следует клиническому протоколу оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими

расстройствами, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2010 № 1387.

МКТАР предусматривает проведение для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и сопутствующими расстройствами настроения комплекса мероприятий, включающих клинико-психологическую диагностику, фармако-, психотерапию, психокоррекцию и трудотерапию. МКТАР осуществляется мультидисциплинарной командой, в которую входят: заместитель начальника по лечебно-профилактической работе (главный врач, врач-специалист) ЛТП, врач-психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог.

Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами настроения, находящимся в условиях ЛТП, определяется врачом-психиатром-наркологом на основании клинической картины, данных диагностического исследования и согласуется с критериями МКБ-10. Помощь направлена на купирование аффективных расстройств с использованием фармакотерапии и стабилизацию состояния путем применения индивидуальной и групповой поддерживающей психотерапии, психокоррекции, трудотерапии.

МКТАР и трудотерапия проводятся в соответствии с инструкцией по применению «Метод комплексной медицинской реабилитации с использованием трудотерапии пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в условиях лечебно-трудового профилактория» (МКРТ) (утвержденной Министерством здравоохранения 16.03.2018 № 012-0118) во всех периодах: восстановительном, предреабилитационном, реабилитационном, предварительной реадaptации и постреабилитационно. Схема реализации МКТАР представлена на рисунке 1.

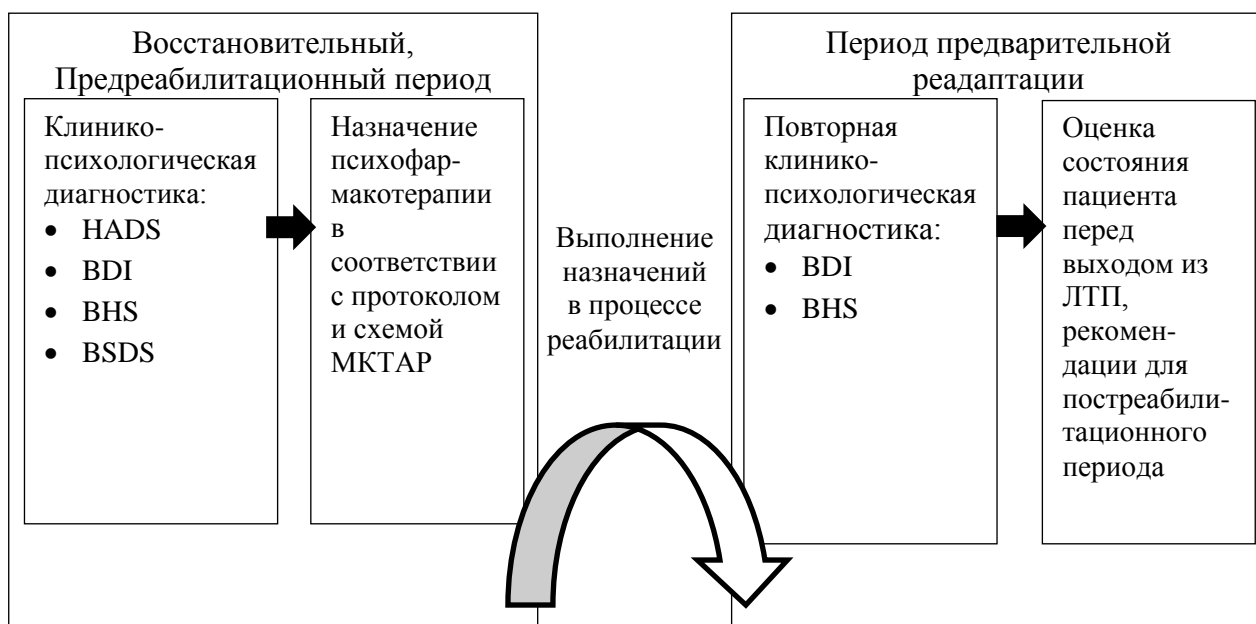


Рисунок 1. — Схема проведения МКТАР

I этап (восстановительный) включает клинико-психологическую диагностику психических и соматических проявлений синдрома зависимости от алкоголя, скрининг аффективных нарушений.

Данный этап проходит в медицинской части ЛТП в первые 5 дней. Проводится скрининговая диагностика аффективных расстройств с использованием методик: госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS); шкалы диагностики расстройств биполярного спектра (BSDS). HADS направлена на выявление тревоги и депрессии; BSDS — симптомов депрессии и симптомов гипомании/мании.

Диагностика степени выраженности депрессивных проявлений осуществляется врачом-психиатром-наркологом в соответствии с критериями МКБ-10. Данные степени выраженности расстройств настроения в соответствии со скрининговыми инструментами представлены в таблице 1.

Таблица 1. — Степень выраженности аффективных нарушений в соответствии со скрининговыми шкалами

Диагностическая шкала	Значение диагностического теста		
Скрининговые шкалы			
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	0–7 баллов норма	8–10 баллов уровень субклинической тревоги и депрессии	11–42 балла уровень клинической тревоги и депрессии
Шкала диагностики расстройств биполярного спектра (BSDS)	0–10 баллов	11–18 баллов	19–25 баллов
	Низкая вероятность расстройства биполярного спектра	Умеренная вероятность расстройства биполярного спектра	Вероятно расстройство биполярного спектра

II этап (предреабилитационный) проводится в течение последующих 9 дней. На данном этапе согласно полученным результатам скрининговой оценки осуществляется дальнейшая диагностика расстройств настроения, определяется уровень депрессии, назначаются при необходимости лекарственные средства. Для оценки расстройств настроения используются: шкала депрессии Бека (BDI); шкала безнадежности Бека для оценки риска суицида (BHS).

Шкала депрессии Бека (BDI) применяется: для количественной оценки интенсивности депрессии; отражения глубины депрессии и объективной картины динамики состояния пациента; оценки результата эффективности психофармакотерапии. Данная шкала позволяет оценить выраженность когнитивно-аффективного компонента депрессии, степени соматических проявлений депрессии, а также провести диагностику маскированной депрессии.

Шкала безнадежности Бека (BHS) применяется как индикатор суицидального риска у лиц, страдающих депрессией и ранее совершавших попытки самоубийства. Степень выраженности расстройств настроения в соответствии с BDI и BHS представлена в таблице 2.

Таблица 2. — Степень выраженности аффективных нарушений в соответствии со шкалами клинической оценки

Шкалы клинической оценки			
Шкала депрессии Бека (BDI)	0–9 баллов	10–19 баллов	20–63 балла
	Отсутствие депрессивных симптомов	Легкая и умеренная депрессия	Выраженная и тяжелая депрессия
Шкала безнадежности Бека для оценки риска суицида (BHS)	0–8 баллов	9–14 баллов	15–20 баллов
	Безнадежность не выявлена или легкая	Безнадежность умеренная	Безнадежность тяжелая

По результатам I и II этапов определяется степень расстройств настроения; пациенты подразделяются по степени аффективных проявлений на 3 группы:

1-я группа — отсутствие расстройств настроения;

2-я группа — легкие и умеренно выраженные проявления депрессии;

3-я группа — тяжелые депрессивные и маниакальные проявления.

Медицинская реабилитация в условиях ЛТП проводится пациентам 2-й группы: с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств – легкий или умеренный депрессивный эпизод с отсутствием суицидальных мыслей и социальноопасных тенденций. При выявлении пациентов, относящихся к 3-й группе: значительная глубина эпизодов, высокий суицидальный риск — необходимо рассмотреть вопрос лечения в условиях психиатрического стационара.

Лицам, отнесенным во 2-ю группу, врачом-психиатром-наркологом может назначаться фармакотерапевтическое лечение в зависимости от глубины и психопатологической структуры имеющихся аффективных нарушений. При выборе антидепрессанта и его дозировки учитывается возраст и соматическое состояние пациента, опыт приема антидепрессантов, возможные лекарственные взаимодействия; проводится индивидуальная и групповая психотерапия, направленная на коррекцию аффективных нарушений. Перечень возможных антидепрессантов с указанием доз и кратности приема приведен в таблице 3.

Таблица 3. — Дозы и кратность приема антидепрессантов

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг/сут			Кратность приема
	начальная	средняя	максимальная	
Три- и гетероциклические антидепрессанты				
Амитриптилин	50	100–150	250–300	1–3 раза в день, большая часть дозы на ночь
Мапротилин	50–75	75–100	150–200	1–3 раза в день
Антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина				
Сертралин	25–50	50–100	150–200	1 раз в день

Продолжение таблицы 3

Наименования лекарственных средств	Дозы, мг/сут			Кратность приема
	начальная	средняя	максимальная	
Пароксетин	10–20	20–40	50–60	1 раз в день
Флуоксетин	10–20	20–40	60–80	1 раз в первой половине дня
Антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина				
Венлафаксин	37,5–75	150–225	300–375	1 раз в день

Предпочтение отдается монотерапии антидепрессантами. Начинается лечение с начальной дозы лекарственного средства с постепенным повышением до среднетерапевтической на протяжении нескольких дней (в соответствии с инструкцией к лекарственному средству). Первые признаки улучшения появляются, как правило, к концу первой недели приема полной дозы антидепрессанта, полный терапевтический ответ — между 10 и 12-й неделями лечения. По достижении терапевтического эффекта лечение продолжают в полной терапевтической дозе еще 4–6 мес. При отсутствии эффекта через 4–6 недель от начала лечения необходимо увеличение дозы; когда эффекта не наступило на протяжении 2 недель, пациенту назначают другой антидепрессант.

При наличии стойких расстройств сна возможно кратковременное назначение снотворных средств (например, зопиклон 7,5 мг перед сном).

При выявлении депрессии в структуре биполярного аффективного расстройства необходимо дополнительное назначение лекарственных средств с нормотимическим эффектом, таких как карбамазепин, вальпроаты.

Фармакотерапия в МКТАР начинается непосредственно с предреабилитационного периода и продолжается при необходимости в течение всего процесса реабилитации.

III этап (реабилитационный) — основной этап, направленный на интеграцию пациентов в режим деятельности ЛТП, обеспечивающий выполнение основных целей и задач реабилитации. При выявлении аффективных расстройств на данном этапе продолжается их лечение. Врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт фиксирует выявленный после диагностики уровень депрессии в индивидуальной карте комплексной реабилитации МКРТ и осуществляет субъективный контроль аффективного состояния пациента каждый третий день, а при тяжелых клинических случаях — каждый день. Объективный тестовый контроль с помощью шкалы Бека целесообразно проводить каждые 14 дней пребывания в ЛТП после первого тестового обследования в течение 3 мес. и непосредственно за 1 мес. перед выходом из ЛТП.

При достижении терапевтического эффекта от лечения антидепрессантами проводится долечивающая и стабилизирующая терапия антидепрессантами с последующей постепенной отменой лекарственного средства.

IV этап (предварительной реадаптации) включает повторную клинико-психологическую диагностику для оценки эффективности фармакотерапии, состояния пациента перед выходом из ЛТП и выработки пациенту врачом-психиатром-наркологом рекомендаций для постреабилитационного периода.

V этап (постреабилитационный) проводится в амбулаторных условиях под наблюдением врача-психиатра-нарколога наркологического диспансера или кабинета. При необходимости продолжается противорецидивная терапия аффективных расстройств.

На постреабилитационном этапе рекомендованный характер труда зависит от степени восстановления социальной и трудовой адаптации и согласуется с прежним видом деятельности пациента.

Проведение индивидуальной и групповой поддерживающей психотерапии и психокоррекции

Психотерапия и психокоррекция осуществляются врачом-психотерапевтом и психологом и включают: активное подключение пациентов с расстройствами настроения к планированию помощи, наделение их ответственностью за стабилизацию состояния благодаря ведению дневника «Самонаблюдение настроения» (приложение 5). Пациента учат анализу своего настроения; он ведет дневник и определяет первые признаки ухудшения состояния — нарушение сна, колебание или снижение настроения, появление тревоги, несобранности, что требует своевременного обращения к врачу-психиатру-наркологу. Ведение дневника позволяет: развить навык самонаблюдения; определить способы совладания с тревогой и агрессивными чувствами; найти возможности понижения уровня эмоциональной экспрессии и вовлеченности; отделить проявления эмоциональной неустойчивости от побочных эффектов лекарств; занять активную и самостоятельную позицию в выборе эмоционального регулирования. Психокоррекционная работа в группе дает пациентам навык регулировать свое настроение, вырабатывать адаптивные модели поведения.

Алгоритм подбора видов труда для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя с коморбидными расстройствами настроения

Пациентам 1-й группы (с отсутствием расстройств настроения) рекомендуется подбор труда согласно алгоритму действий специалистов ЛТП по подбору видов труда для пациентов ЛТП, изложенному в МКТР.

Пациентам 2-й группы (с легкими и умеренно выраженными проявлениями депрессии) рекомендуется назначение труда согласно представленному алгоритму подбора видов труда, представленному в таблице 4.

По содержанию труда — при наличии профессии и сохранных профессиональных навыков рекомендуется выбор сложного труда; при отсутствии профессии выбор простого труда или профессиональной переподготовки;

по условиям труда — при легких проявлениях депрессии рекомендуется труд легкой тяжести; при умеренных — средней тяжести; выполнение работы в своей профессии со снижением объема работы или квалификации;

по характеру труда — рекомендован коллективный труд для снижения и нейтрализации негативных эмоциональных переживаний, развития коммуникативных способностей, сплочения коллектива и создания возможности

обмена трудовым опытом, показано проведение релаксационных технологий во время перерывов в работе;

по использованию средств труда — рекомендован ручной труд в связи с его простотой и отсутствием напряжения и сосредоточенности;

по индивидуальному темпу труда — рекомендован комфортный темп.

Таблица 4. — Алгоритм подбора видов труда для пациентов с расстройствами настроения находящихся в условиях ЛТП

Виды труда		Проявление расстройств настроения у пациентов ЛТП		
		I группа	II группа	III группа, после выписки из стационара
Содержание труда	простой	+	+	+
	сложный	+		
Условия труда	легкий		+	+
	средний	+	+	+
	тяжелый	+		
Характер труда	индивидуальный			
	коллективный	+	+	+
Использование средств труда	ручной	+	+	+
	механический	+		
Индивидуальный темп труда	активирующий	+		
	комфортный		+	+
	успокаивающий			

При организации труда показано использование различных способов поощрения по результатам труда. После стабилизации состояния рекомендуется подбор труда согласно алгоритму действия специалистов ЛТП по подбору видов труда для пациентов ЛТП, изложенному в МКТР.

Пациентам 3-й группы с тяжелыми депрессивными и маниакальными проявлениями рекомендуется после выписки из стационара следовать алгоритму труда, который рекомендуется для пациентов 2-й группы до полной стабилизации состояния. На этапе предварительной реадaptации рекомендованный характер труда зависит от восстановления трудовых навыков. При улучшении навыков социальной адаптации и формирования устойчивого круга социальных интересов, заинтересованности в трудовом процессе рекомендован коллективный труд для расширения социального и трудового взаимодействия, формирования новых профессиональных контактов для обмена профессиональным опытом и повышения трудовой мотивации. Пациентам, не восстановившим профессиональную квалификацию, рекомендован ручной труд. Пациентам, достигшим повышения профессиональной квалификации, улучшения трудовых навыков, высокой мотивации к трудовой деятельности, рекомендован механизированный труд для усиления их вовлеченности в процесс работы и контроля своей трудовой деятельности, которая станет основой успешной реинтеграции в трудовой процесс вне ЛТП.

Ожидаемые результаты МКТАР:

- нормализация настроения;
- профилактика рецидива появления аффективных расстройств;
- улучшение качества жизни и социального функционирования, восстановление трудовой активности.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

При применении МКТАР важно учитывать индивидуальную переносимость фармакотерапии. Возможны нежелательные побочные реакции, тактика действия при которых согласуется с инструкцией по применению лекарственного средства и другими нормативными документами. При возникновении нежелательных побочных реакций, как правило, требуется изменение дозировки или замена лекарственного средства. При отсутствии результата от лечения депрессии (т. е. отсутствие отчетливого улучшения через 4–6 недель приема установленной дозы антидепрессанта) рекомендуется лечение антидепрессантом другой химической группы или обладающим другим механизмом действия. В случае развития терапевтической резистентности (неэффективность трех последовательных курсов лечения антидепрессантами разных групп) рекомендовано лечение в условиях психиатрического стационара.

Недостаточная мотивация пациента, психосоциальная дезадаптация могут снижать эффективность МКТАР. В данной ситуации рекомендуется детальное рассмотрение случая мультидисциплинарной командой с поиском возможных путей решения проблемы с использованием психокоррекции и психотерапии.

Шкала депрессии Бека

Инструкция:

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

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

1. Выберите один из вариантов ответа

№	Вопросы	Отметить подходящий ответ
1	0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.	
	1 Я расстроен.	
	2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.	
	3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.	
2	0 Я не тревожусь о своем будущем.	
	1 Я чувствую, что озадачен будущим.	
	2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.	
	3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.	
3	0 Я не чувствую себя неудачником.	
	1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.	
	2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.	
	3 Я чувствую, что как личность я — полный неудачник.	
4	0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.	
	1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.	
	2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.	
	3 Я полностью не удовлетворен жизнью, и мне все надоело.	
5	0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.	
	1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.	
	2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.	
	3 Я постоянно испытываю чувство вины.	
6	0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.	
	1 Я чувствую, что могу быть наказан.	
	2 Я ожидаю, что могу быть наказан.	
	3 Я чувствую себя уже наказанным.	
7	0 Я не разочаровался в себе.	
	1 Я разочаровался в себе.	
	2 Я себе противен.	
	3 Я себя ненавижу.	
8	0 Я знаю, что я не хуже других.	
	1 Я критикую себя за ошибки и слабости.	
	2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.	
	3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.	

Продолжение

№	Вопросы	Отметить
9	0 Я никогда не думал покончить с собой.	
	1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.	
	2 Я хотел бы покончить с собой.	
	3 Я бы убил себя, если бы представился случай.	
10	0 Я плачу не более, чем обычно.	
	1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.	
	2 Теперь я все время плачу.	
	3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.	
11	0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.	
	1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.	
	2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.	
	3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.	
12	0 Я не утратил интереса к другим людям.	
	1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.	
	2 Я почти потерял интерес к другим людям.	
	3 Я полностью утратил интерес к другим людям.	
13	0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.	
	1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.	
	2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.	
	3 Я больше не могу принимать решения.	
14	0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.	
	1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.	
	2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.	
	3 Я знаю, что выгляжу безобразно.	
15	0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.	
	1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.	
	2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.	
	3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.	
16	0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.	
	1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.	
	2 Я просыпаюсь на 1–2 ч раньше, и мне трудно заснуть опять.	
	3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.	
17	0 Я устаю не более, чем обычно.	
18	1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.	
19	2 Я устаю почти от всего, что я делаю.	
20	3 Я не могу ничего делать из-за усталости.	
21	0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.	
	1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.	
	2 Мой аппетит теперь значительно хуже.	
	3 У меня вообще нет аппетита.	
22	0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.	
	1 За последнее время я потерял более 2 кг.	
	2 Я потерял более 5 кг.	
	3 Я потерял более 7 кг.	

Продолжение

№	Вопросы	Отметить
23	Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком). ДА _____ НЕГ _____	
24	0 Я беспокоюсь о своем здоровье не более, чем обычно.	
	1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.	
	2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.	
25	3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.	
	0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.	
	1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.	
	2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.	
	3 Я полностью утратил сексуальный интерес.	

Обработка и интерпретация результатов теста

Каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

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

Пункты 1–13 — когнитивно-аффективная субшкала (С-А); пункты 14–21 — субшкала соматических проявлений депрессии (S-P).

Шкала безнадежности Бека

Шкала безнадежности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al.) предназначена для предсказания возможности самоубийства на основе мыслей о будущем, надежд и представляет собой 20 утверждений, которые отражают чувства, состояния, отношение к будущему и прошлому. Пациентам необходимо отметить ВЕРНО или НЕВЕРНО — каждое утверждение по отношению к нему. Методика предъявляется в групповом режиме.

С точки зрения авторов методики безнадежность — это психологический конструкт, который лежит в основе многих психических расстройств. При разработке шкалы авторы следовали концепции, в рамках которой безнадежность рассматривается как система негативных ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего. Индивиды с высокими показателями безнадежности верят: что все в их жизни будет идти не так; что они никогда ни в чем не преуспеют; что они не достигнут своих целей; что их худшие проблемы никогда не будут разрешены. Такое описание безнадежности соответствует негативному образу себя, негативному образу своего функционирования в настоящем и негативному образу будущего.

Шкала безнадежности Бека измеряет выраженность негативного отношения субъекта к собственному будущему. Особую ценность данная методика представляет в качестве *косвенного индикатора суицидального риска у лиц, страдающих депрессией*, а также у людей тех, кто ранее уже совершал попытки самоубийства (Beck, 1991).

Ключ

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	Неверно	1	11	Верно	1
02	Верно	1	12	Верно	1
03	Неверно	1	13	Неверно	1
04	Верно	1	14	Верно	1
05	Неверно	1	15	Неверно	1
06	Неверно	1	16	Верно	1
07	Верно	1	17	Верно	1
08	Неверно	1	18	Верно	1
09	Верно	1	19	Неверно	1
10	Неверно	1	20	Верно	1

Интерпретация:

0–3 балла — безнадежность не выявлена; 4–8 баллов — безнадежность легкая;

9–14 баллов — безнадежность умеренная; 15–20 баллов — безнадежность тяжелая.

Анкета Шкала безнадежности Бека

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО, если Вы согласны с утверждением, или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

01	Верно	Неверно	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	Верно	Неверно	Мне пора сдаться, Так как я ничего не могу изменить к лучшему
03	Верно	Неверно	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	Верно	Неверно	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	Верно	Неверно	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	Верно	Неверно	В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	Верно	Неверно	Будущее представляется мне во тьме
08	Верно	Неверно	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	Верно	Неверно	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	Верно	Неверно	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	Верно	Неверно	Всё, что я вижу впереди — скорее неприятности, чем радости
12	Верно	Неверно	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	Верно	Неверно	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	Верно	Неверно	Дела идут не так, как мне хочется
15	Верно	Неверно	Я сильно верю в своё будущее
16	Верно	Неверно	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	Верно	Неверно	Весьма маловероятно, чего я получу реальное удовлетворение в будущем
18	Верно	Неверно	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным
19	Верно	Неверно	В будущем меня ждет больше хороших дней, чем плохих
20	Верно	Неверно	Бесполезно пытаться получить то, чего я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого

Шкала диагностики расстройств биполярного спектра (BSDS)

Бланк

Пожалуйста, прочитайте все 19 предложений перед тем, как работать с тестом:

1. Некоторые люди время от времени испытывают резкие изменения настроения/уровня энергии _____.
2. Эти люди замечают, что порой их настроение и/или уровень энергии очень низкие, а в других случаях – очень высокие _____.
3. Во время «спадов» эти люди часто испытывают недостаток энергии; чувствуют необходимость оставаться в постели, потребность в дополнительном сне; испытывают недостаток мотивации, чтобы заниматься вещами, которые они должны делать _____.
4. В такие периоды они часто набирают лишний вес _____.
5. Во время таких «спадов» эти люди часто или постоянно ощущают грусть, тоску или находятся в состоянии подавленности _____.
6. Иногда во время «спадов» они чувствуют безысходность или даже хотят умереть _____.
7. Их способность к выполнению работы или социальному функционированию нарушается _____.
8. Обычно эти «спады» длятся несколько недель или несколько дней _____.
9. У людей с подобной картиной смен настроения могут наблюдаться периоды «нормального» настроения, во время которых само настроение и уровень энергии ощущаются как «нормальные», а способности работать и социально функционировать не нарушены _____.
10. Затем они снова могут заметить ощутимый «скачок» или «изменение» самочувствия _____.
11. Их энергия растет и растет, и они чувствуют себя абсолютно нормально; но в такие периоды они могут «свернуть горы»: сделать столько разных дел, сколько они обычно сделать не в состоянии _____.
12. Иногда, во время подобных периодов «подъема», эти люди чувствуют, как будто у них уж слишком много энергии, они «переполнены» собственной энергией _____.
13. Некоторые в такие периоды «подъемов» могут чувствовать себя «на грани», очень раздражительными или даже агрессивными _____.
14. Некоторые люди во время таких «подъемов» могут браться одновременно за очень много дел _____.
15. Во время таких «подъемов» некоторые люди могут тратить деньги таким образом, что это приводит к проблемам _____.
16. Они могут становиться очень разговорчивыми, общительными или гиперсексуальными в такие периоды _____.

17. Иногда в периоды «подъемов» их поведение кажется странным или раздражает окружающих _____.

18. Иногда в периоды «подъемов» поведение этих людей способно привести к проблемам на работе или проблемам с полицией _____.

19. Иногда во время «подъемов» такие люди начинают злоупотреблять алкоголем или бесконтрольно принимать какие-либо препараты или даже наркотики _____.

Теперь, когда Вы прочитали эти утверждения, выберите, пожалуйста, насколько полно все эти утверждения описывают Ваш опыт. Выберите одно из четырех утверждений:

- эти утверждения очень, почти исключительно точно описывают мой собственный опыт;

- эти утверждения описывают мой опыт достаточно хорошо;

- эти утверждения в некоторой степени описывают то, что со мной происходит, но далеко не полностью;

- эти утверждения вообще не описывают того, что со мной происходит.

Теперь, пожалуйста, вернитесь в самое начало и поставьте галочку возле каждого из 19 утверждений, которое, безусловно, относится к Вам.

Интерпретация

Если пациент соглашается с каким-либо предложением из предлагаемой истории, то это оценивается в 1 балл. Суммарный балл BSDS может быть в диапазоне от 0 до 25 (первая часть опросника включает 19 вопросов, во второй части пациент должен обозначить степень, в которой утверждения из первой части соответствуют личному опыту пациента: 0–6 баллов).

BSDS состоит из двух разделов. Первый включает в себя серию из 19 предложений, которые описывают главные симптомы расстройств биполярного спектра. В конце каждого предложения есть место, где пациент должен оставить пометку, если он согласен с утверждением. Помеченное таким образом утверждение оценивается в один балл. Утверждения, с которыми пациент не согласен, оцениваются в 0 баллов. Таким образом, отвечая на вопросы первого раздела, можно набрать от 0 до 19 баллов.

Второй раздел BSDS предлагает пациенту выбрать, насколько, в целом, утверждения из предыдущего раздела «отражают его или ее собственный опыт. Предлагаются четыре варианта ответов: «Эти утверждения очень, почти исключительно точно описывают мой собственный опыт» (6 баллов); «Эти утверждения описывают мой опыт достаточно хорошо» (4 балла); «Эти утверждения в некоторой степени описывают то, что со мной происходит, но далеко не полностью» (2 балла); «Эти утверждения вообще не описывают того, что со мной происходит» (0 баллов). Таким образом, отвечая на вопросы второго раздела, возможно набрать 0, 2, 4 или 6 баллов. Для подсчета общего количества баллов необходимо сложить сумму, полученную при ответе на вопросы первого раздела, с суммой, полученной при ответе на вопросы второго раздела. Максимально возможное количество баллов равняется $19+6=25$ баллов.

Интерпретация

- 19–25 баллов и выше: вероятно расстройство биполярного спектра;

- 11–18 баллов: умеренная вероятность расстройства биполярного спектра;
- 6–10 баллов: низкая вероятность расстройства биполярного спектра;
- 0–5 баллов: расстройство биполярного спектра маловероятно.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Шкала составлена из 14 утверждений и включает две части: тревога (I часть) и депрессия (II часть). Для интерпретации необходимо суммировать баллы по каждой части в отдельности: 0–7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше клинически выраженная тревога/депрессия. Например: по шкале тревоги получилось 11 баллов, по шкале депрессии — 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 7 баллов. Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы (т. е. суммировать баллы каждой из частей между собой не нужно!)

БЛАНК

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем суммируйте баллы.

Часть I

Я испытываю напряжение, мне не по себе

3 — все время; 2 — часто; 1 — время от времени, иногда; 0 — совсем не испытываю

Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться

3 — определенно это так, и страх очень велик; 2 — да, это так, но страх не очень велик; 1 — иногда, но это меня не беспокоит; 0 — совсем не испытываю

Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

3 — постоянно; 2 — большую часть времени; 1 — время от времени и не так часто

Я легко могу сесть и расслабиться

0 — определенно, это так; 1 — наверное, это так; 2 — лишь изредка, это так; 3 — совсем не могу

Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

0 — совсем не испытываю; 1 — иногда; 2 — часто; 3 — очень часто

Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

3 — определенно, это так; 2 — наверное, это так; 1 — лишь в некоторой степени, это так; 0 — совсем не испытываю

У меня бывает внезапное чувство паники

3 — очень часто; 2 — довольно часто; 1 — не так уж и часто; 0 — совсем не бывает

Часть II

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

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; 0 — совсем не способен

Я испытываю бодрость

3 — совсем не испытываю; 2 — очень редко; 1 — иногда; 0 — практически все время

Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

3 — практически все время; 2 — часто; 1 — иногда; 0 — совсем нет

Я не слежу за своей внешностью

3 — определенно, это так; 2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно; 1 — может быть, я стала меньше уделять этому времени; 0 — я слежу за собой так же, как и раньше

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

Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

0 — часто; 1 — иногда; 2 — редко; 3 — очень редко

Дневник «Самонаблюдение настроения»

Ф.И.О. _____

Дата ведения дневника с _____ по _____

Бригада _____ Отряд _____

Здравствуйтесь, мы рады приветствовать Вас в замечательном процессе ведения дневника «Самонаблюдение настроения»!

Как хорошо начать узнавать себя, открыть скрытые возможности для выхода из сложной жизненной ситуации, в которой Вы находитесь, и найти выход из зависимого коридора.

Согласно действию эффекта Баумейстера мысли, эмоции и действия у нас развиваются изначально «из одной пробирки». Неумение контролировать эмоции приводит к поспешным выводам, гневным высказываниям и действиям, которые лежат в основе потери нормальных взаимоотношений с друзьями и близкими: *«Ты будешь наказан не за свой гнев, ты будешь наказан своим же гневом»*. Бертран Расселл отметил, что *«Наши эмоции обратно пропорциональны нашим знаниям: чем меньше мы знаем, тем больше расплаемся»*.

Когда Вы начнете вести самонаблюдение за своей эмоциональной сферой, Вы отметите, что сможете понимать эту взаимосвязь и *отделять мысленный негатив от его действия*.

Дневник «Самонаблюдения настроения» развивает самоанализ эмоционального состояния. Вы научитесь ощущать, понимать и прорабатывать свои эмоции, что в свою очередь, принесет множество положительных эффектов:

1. Ведение дневника поможет выделить негативные эмоции и определить их процентное соотношение в течение дня.

2. Делая запись, Вы можете вспомнить, как различные негативные, так и позитивные ситуации повлияли на Ваш жизненный выбор.

3. Вы получаете возможность приобрести навык отделять негативные эмоции от следующих за ними автоматических мыслей, и разделив ситуацию на различные составляющие, получать доступ к тем ресурсам, которые включают адаптивные возможности и позитив.

4. Вы можете почувствовать, как у Вас формируется привычка к осмыслению жизненных событий.

5. Ведение дневника дает возможность добавив в команду к внутреннему «Реалисту» «Наблюдателя» и «Критика», развить постепенно нужный навык самооценки.

6. Вы можете приобрести хороший эмоциональный интеллект и разрешить себе сначала все обдумывать, а потом действовать, исходя из логики вместо эмоций.

7. Расширить сферу своих интересов, записывая полезную для практического применения информацию (например, каким способом Вам удалось справиться с гневом или поднять себе настроение, когда радоваться было нечему).

Ваша работа, отраженная в личном дневнике, является простыми шагами, которые помогают преодолеть любые негативные эмоциональные состояния и обрести верное направление для постепенного восстановления всех сфер Вашей жизни.

Обретая доступ к эмоциональному самоконтролю, Вы отметите, как поменяются Ваши мысли, эмоции и действия.

Благодарим Вас!

Эмоции, как листья на дереве, распускаются или опадают, делая нас восторженными или потерянными. Каждый человек испытывал сложности в различные моменты своей жизни с определением своих чувств. Важность умения разбираться в своих чувствах определяется тем, что чувства, как лакмусовая бумага, показывают, в каком состоянии мы находимся. Эмоции проявляются не только выразительным движением лица и голоса, изменением положения тела, но и отражают душевные переживания человека.

Выделяют три основных эмоциональных состояния по качеству переживания:

1. Стрессовое — «красная» зона, где происходящее связано с отсутствием нужного времени, информации или ресурсов для благоприятного решения; наполнено негативными эмоциями гнева, обиды, досады, страха, тревоги, недовольства. Длительное нахождение человека в «красной» зоне приводит к совершению и накоплению системных ошибок, попаданию в состояние зависимости и «жизненного тупика».

2. Безмятежное — «небесная» зона, когда важные вопросы были правильно решены, и можно остановиться, отдохнуть в состоянии безмятежности, переключить свое внимание. Она наполнена позитивными эмоциями умиротворенности и спокойствия.

3. Включенности — «зеленая» зона полной включенности в происходящее, поиска и самостоятельного добавления ресурсов; учет мнений профессионалов, исследование многообразия альтернативных решений вопросов и задач, предусмотрительное принятие взвешенных и результативных решений. Она наполнена смешанными эмоциями с переходом в позитивные, связанные с преодолением сложностей и поддержкой: эмпатия, сочувствие, искренность; доброта; вдохновение, взаимопомощь, радость.

Многие люди способны к эффективному взаимодействию с другими людьми, основанному на эмоциональных связях, эффективному управлению своими собственными эмоциями, формируя благодаря этому новые родственные связи. Именно *эмоциональная компетентность определяет развитие у человека эмоционального интеллекта, включающего способность распознавать собственные эмоции; понимать свои чувственные намерения, мотивацию и желания; способность управлять своими эмоциями в целях решения практических задач; принимать и понимать сообщения от других людей.*

Эмоциональный интеллект включает: когнитивные способности (скорость и точность переработки эмоциональной информации); представления об эмоциях (как о ценностях и источнике информации о себе самом и других людях);

особенности эмоциональности (эмоциональной устойчивости и чувствительности).

К. Изард (1980) выделил десять «фундаментальных» эмоций.

Три положительные эмоции: интерес-возбуждение, радость, удивление.

1. Интерес-возбуждение — это чувство захваченности, любопытства, способствующее развитию навыков и умений, приобретению знаний.

2. Радость — возможность полно удовлетворить актуальную потребность, вероятность чего до этого была невелика или неопределенна. Радость сопровождается самоудовлетворенностью и удовлетворенностью окружающим миром.

3. Удивление — реакция на внезапно возникшие обстоятельства.

Семь отрицательных эмоций: горе-страдание, гнев-ярость, отвращение-омерзение, презрение-пренебрежение, страх-ужас, стыд-застенчивость, вина-раскаяние.

1. Страдание (горе) — реакция на получение информации о невозможности удовлетворения важнейших потребностей, достижение которых до этого представлялось более или менее вероятным.

2. Гнев — аффект на препятствие в достижении страстно желаемых целей.

3. Отвращение — реакция, вызываемая объектами (предметами, людьми, обстоятельствами), соприкосновение с которыми (физическое или коммуникативное) вступает в резкое противоречие с эстетическими, нравственными или идеологическими принципами и установками субъекта. Отвращение с гневом может в межличностных отношениях мотивировать агрессивное поведение. Отвращение, направленное на себя, обесценивает, снижает самооценку и вызывает самоосуждение.

4. Презрение возникает в межличностных отношениях и порождается рассогласованием жизненных нравственных позиций, взглядов и поведения человека со стандартами других людей. Человек враждебно относится к тому, кого он презирает.

5. Страх — реакция на информацию о возможном ущербе жизненного благополучия, о реальной или воображаемой опасности.

6. Стыд — осознание несоответствия собственных помыслов, поступков и внешности ожиданиям окружающих и собственным представлениям о подобающем поведении и внешнем облике.

7. Вина — осознание неблагоприятности собственного поступка, помысла или чувств, выражающееся в сожалении и раскаянии.

Соединение фундаментальных эмоций приводит к возникновению более сложных, комплексных эмоциональных состояний (тревожность может сочетать в себе страх, гнев, вину и интерес). Основные эмоции и сопровождающие их состояния представлены в таблице.

Таблица — Основные эмоции и их проявления

Доминирующая эмоция	
Гнев	
Производные проявления	Возмущение; Негодование; Зависть; Ревность; Досада; Ярость; Ненависть; Неприязнь; Обида; Презрение; Ярость; Бешенство
Сопровождающие мысли	Как они так могут поступать! Они меня ни во что не ставят! Моим мнением пренебрегают! Что они себе позволяют! Ничего не могут без меня сделать правильно!
Психосоматические проявления	Аутоиммунные заболевания, нарушения работы печени и желчного пузыря, глаз, мышц, мозга
Корректирующие эмоции и состояния	Эмпатия*; Сочувствие; Рассудительность; Предусмотрительность**
Страхи при отсутствии коррекции	Страх ответственности; Страх разочарованности в себе; Страх обесцененности; Страх изоляции
Страх	
Производные проявления	Ужас; Испуг; Тревога; Опасение; Растерянность; Отчаяние; Беспокойство; Унижение; Сломленность; Никчемность
Сопровождающие мысли	Может что-то произойти плохое! Этого нельзя исправить! Может случиться непоправимое!
Психосоматические проявления	Заболевания почек, костей, ушная патология, выпадение волос
Корректирующие эмоции и состояния	Спокойствие; Умиротворение; Равновесие; Взаимопомощь
Страхи при отсутствии коррекции	Страх темноты; Страх одиночества; Страх за свою жизнь; Страх сумасшествия; Страх нападения; Страх преследования
Грусть	
Производные проявления	Горечь; Тоска; Скорбь; Скука; Жалость; Беспомощность; Безнадежность; Разочарование; Печаль; Одиночество; Сожаление; Потрясение; Вина
Сопровождающие мысли	Никогда не будет как раньше! Кругом одни потери! Все конечно! Ни в чем нет смысла! Я все испортил!
Психосоматические проявления	Заболевания легких, сердечно-сосудистой системы, крови
Корректирующие эмоции и состояния	Удивление; Утешение; Воодушевление; Самодостаточность; Востребованность
Страхи при отсутствии коррекции	Страх бедности; Страх заброшенности; Страх будущего; Страх высоты
Радость	
Производные проявления	Счастье; Ликование; Восторг; Надежда; Предвкушение; Приподнятость; Увлечение; Умиротворение; Удовлетворение; Довольство; Окрыленность; Жизнерадостность; Уверенность
Сопровождающие мысли	Все будет хорошо! Возможно все! Хочется весь мир обнять! Жизнь — это возможность проявить себя во всем! Кто рискует, тот выигрывает! Мечты сбываются! Хорошее помнится!

Продолжение таблицы

Доминирующая эмоция	
Любовь	
Производные проявления	Нежность; Сочувствие; Блаженство; Доверие; Благодарность; Восхищение; Смирение; Искренность; Доброта; Безопасность; Взаимовыручка
Сопровождающие мысли	Каждый может раскрыться в Добре! Важно быть сопричастным и проявлять жизнелюбие! Имей 100 рублей и имей 100 друзей! Доброта — это двери выхода из тупика! Мы есть то, что мы любим!
<p>* — эмпатия (безусловное принятие и понимание эмоционального состояния другого человека);</p> <p>** — предусмотрительность (прогнозирование различных благоприятных вариантов).</p>	

Для того, чтобы было легче познакомиться с тем, как называются те или иные переживания и какое многообразие эмоциональной сферы имеет каждый человек, приведем в пример этот «цветок эмоций» (рисунок 1).

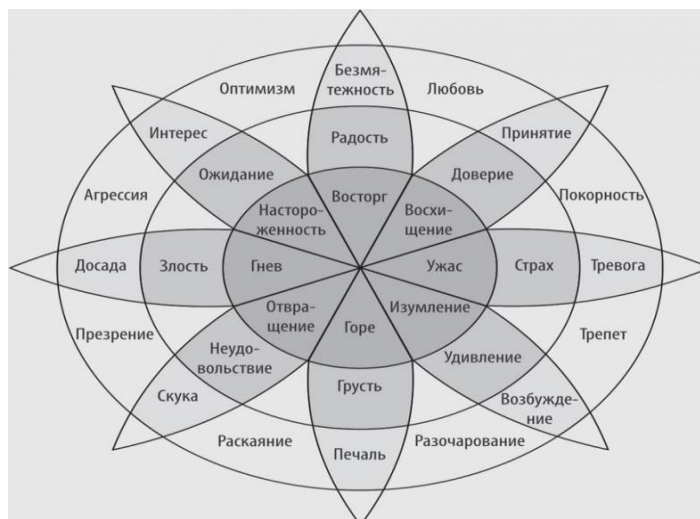


Рисунок 1. — Цветок эмоций (по Келлерману и Плутчику)

ДНЕВНИК «Самонаблюдение настроения»

Инструкция: самостоятельно, на протяжении 2 мес. Вы наблюдаете за своим настроением, перенося информацию в таблицу эмоциональной «мимической карты» (рисунок 2). В круге отражены три основных состояния, которые превалируют в настоящее время. Вы рисуете выбранный мимический тип, который соответствует Вашему интегральному настроению на сегодня, и отмечаете дату. В примечаниях Вы кратко можете пометить, что Вас обрадовало, вызвало безразличие, расстроило в этот день. Можете пользоваться «цветком эмоций», чтобы более точно отразить переживаемое чувство.

В таблице мимической карты выделено три типа эмоционального состояния:

1 ТИП — ОГОРЧЕНИЕ; 2 ТИП — РАДОСТЬ; 3 ТИП — БЕЗРАЗЛИЧИЕ.

Таблица мимической карты



Дата	Дата	Дата	Дата
Дата	Дата	Дата	Дата

Рисунок 2. — Пример мимических типов, изображаемых в круг

Ваш аналитический дневник, заполняемый ежедневно.

Дата	Мимический тип	Обоснование выбранного мимического типа

Заполняя «Дневник самонаблюдения» и обосновывая свой выбор, Вам важно обратить внимание на возможные различные варианты Вашего состояния.

Если в течение 7 дней у Вас отмечались первый и третий тип или их комбинация, то у Вас имеется сниженный фон настроения. Рекомендовано обращение к врачу-психиатру-наркологу (психотерапевту, психологу) для проведения психокоррекции.