

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
психического здоровья»

**Клинический протокол
оказания медицинской реабилитации
пациентам с психическими и
поведенческими расстройствами
в организациях здравоохранения**

г. Минск 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
Основные термины, используемые в медицинской реабилитации	7
Технология формирования и реализации индивидуальной программы или плана медицинской реабилитации пациента	11
Критерии оценки эффективности медицинской реабилитации.	28
ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА F00 – F09	29
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ F10 - F19.....	93
ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА F20-F29	159
РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА) F30 – F39	168
НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ, И СОМАТО ФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА F40 – F48	194
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ F50 – F59.....	220
РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ F60-F69.....	228
УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ F70 – F73	267
РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ F80 – F89.....	305
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИЕСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ F90 – F98	328
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	335
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	338
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	339
ПРИЛОЖЕНИЕ 4	340
ПРИЛОЖЕНИЕ 5	348
ПРИЛОЖЕНИЕ 6	383

**Организационно-методическая группа
по подготовке клинического протокола оказания
медицинской реабилитации пациентам
с психическими и поведенческими расстройствами**

**Исполнители-разработчики
клинического протокола оказания медицинской реабилитации
пациентам с психическими и поведенческими расстройствами**

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Реабилитация – это будущее для людей с психическими и поведенческими расстройствами, она помогает им открыть двери человеческого сообщества и найти рецепт жизни.

Реабилитация - это процесс, который должен начинаться в стадии инициальных проявлений болезни и продолжаться практически всю жизнь, требуя больших усилий со стороны общества в целом и пациента – в частности.

Реабилитация сосредотачивает внимание на восстановлении способности человека совершать определенные поступки в определенном окружении.

Реабилитация состоит из медицинской, профессиональной, трудовой и социальной.

Настоящий клинический протокол предназначен для врачей-специалистов (врачей-психиатров-наркологов, врачей-реабилитологов, врачей-психотерапевтов); специалистов со средним специальным медицинским образованием (медицинских сестер), иных специалистов (психологов, специалистов по социальной работе, культурных организаторов, инструкторов по трудовой терапии), занимающихся медицинской реабилитацией в организациях здравоохранения, к которым за оказанием реабилитационной помощи обращаются пациенты с психическими и поведенческими расстройствами.

Настоящий клинический протокол основан на действующих в Республике Беларусь нормативных правовых документах по оказанию психиатрической помощи и медицинской реабилитации в организациях здравоохранения.

Международная классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10, раздел F).

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2010 № 1387).

Закон «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» от 23.07.2008 № 422-З (в ред. от 09.01.2017 №19-З).

Закон «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» от 11.11.1991 (в ред. 16.11.2010 №192-З).

Инструкция «О порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 № 97 (в редакции от 08.11.2010 № 142)).

Инструкция «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения» (приказ Министерства здравоохранения от 10.12.2014 № 1300).

Перечень психических и поведенческих расстройств (МКБ-10)

F00 – F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F10 – F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

F20 – F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F30 – F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)

F40 – F48 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства

F50 – F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F60 – F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F70 – F73 Умственная отсталость

F80 – F89 Расстройства психологического (психического) развития

F90 - F98 Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

В каждой группе психических и поведенческих расстройств выделяются:

цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации;

условия оказания медицинской реабилитации;

уровни оказания медицинской реабилитации;

этапы оказания медицинской реабилитации (с выставлением клинко-функционального диагноза);

продолжительность оказания медицинской реабилитации в данных условиях;

формы реабилитационных мероприятий.

Цель медицинской реабилитации:

восстановление психических функций;

восстановление ограничений жизнедеятельности и социально-бытовой активности;

снижение уровня инвалидности и создание равных со здоровыми людьми возможностей.

Условия оказания реабилитационной помощи:

стационарные условия;

амбулаторные условия (в том числе - отделение дневного пребывания).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Этапы оказания медицинской реабилитации

Медицинская реабилитация пациентов с психическими и поведенческими расстройствами проводится в зависимости от нуждаемости

пациента в медицинской реабилитации в четыре этапа (лечебно-реабилитационный, ранней стационарной медицинской реабилитации, амбулаторный этап медицинской реабилитации, поздней стационарной медицинской реабилитации):

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап пациента осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях психиатрического профиля при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации;

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях психиатрического профиля и в отделении медицинской реабилитации данного учреждения пациентам:

с умеренными и выраженными нарушениями психических функций с ограничениями жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3);

с резко выраженными нарушениями психических функций с ограничениями жизнедеятельности (ФК 4), нуждающихся в посторонней помощи при наличии перспективы восстановления утраченных функций и ограничений жизнедеятельности;

3-й этап – амбулаторный этап медицинской реабилитации осуществляется в реабилитационных отделениях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения пациентам:

с легкими, умеренно-выраженными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения; при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию;

с уровнем физических и психических способностей, соответствующих положительному прогнозу восстановления функций;

4-й этап – домашний этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний восстановительный период заболевания пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП);

при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации;

5-й этап - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний восстановительный период заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным, выраженным и резко выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3, ФК 4).

Основные термины, используемые в реабилитации

В указанных выше нормативных правовых документах определены основные термины, используемые в медицинской реабилитации:

психическое здоровье – состояние полного духовного благополучия человека, характеризующееся его способностью адекватно осознавать окружающую действительность, свое психическое состояние и поведение, а не только отсутствие психических расстройств (заболеваний);

психическое расстройство (заболевание) – расстройство психического здоровья человека с психопатологическими и поведенческими проявлениями, обусловленное нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, физических, химических, психологических, социальных, иных факторов и подтвержденное диагнозом, установленным врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией;

врач-специалист в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) – лицо, имеющее высшее медицинское образование с квалификацией «Врач-психиатр-нарколог», «Врач-психотерапевт», «Врач-психоневролог», «Врач-сексолог» либо прошедшее переподготовку на уровне высшего образования или клиническую ординатуру по специальности «Психиатрия», «Психотерапия», «Наркология», «Психиатрия-наркология»; в порядке, установленном законодательством и занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием психиатрической помощи;

жизнедеятельность - способность организма человека осуществлять повседневную деятельность способом и в пределах, обычных для человека;

ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, которая приводит к невозможности выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычных для человека, воздвигает барьеры в среде его обитания и приводит к социальной недостаточности;

социальная недостаточность - это социальные последствия нарушения здоровья, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения);

пациент – лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием);
лицо, совершающее действия, дающие основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания);

лицо, обратившееся за оказанием психиатрической помощи;

лицо, получающее психиатрическую помощь;

близкие родственники – родители, усыновители (удочерители), совершеннолетние дети (в том числе: усыновленные (удочеренные), родные братья и сестры, дед, бабушка, внуки);

психиатрическая помощь – специализированная медицинская помощь (в том числе: психотерапевтическая, психоневрологическая, наркологическая, сексологическая), включающая в себя профилактику, диагностику, лечение психических расстройств (заболеваний) и медицинскую реабилитацию пациента;

психиатрическая (психоневрологическая) организация здравоохранения (далее – психиатрическая организация) – организация здравоохранения, основной целью деятельности которой являются организация и оказание психиатрической помощи;

госпитализация – помещение пациента в психиатрический стационар;

психоактивное вещество (ПАВ) – любое вещество, которое уже при однократном приеме вызывает изменение психических функций и поведения, которые желательны для потребителя;

аддиктивное поведение – пагубная привычка, связанная с приемом того или иного психоактивного вещества, а также возникающее при этом поисковое поведение и комплекс психических и соматических нарушений, которые формируются в результате его употребления, в том числе, зависимость и толерантность;

злоупотребление (употребление с вредными последствиями) – форма употребления ПАВ, при которой возникают очевидные вредные последствия для психического и (или) соматического здоровья;

состояние отмены (синдром отмены, абстинентный синдром) – состояние, возникающее вскоре после прекращения приема ПАВ;

созависимость – болезненная зависимость, характеризующаяся дезадаптивным поведением членов семьи алкоголиков (они становятся зависимыми от алкоголика);

реабилитация – процесс, направленный на всестороннюю помощь пациентам и инвалидам для достижения максимально возможной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности;

медицинская реабилитация – комплекс медицинских и медико-социальных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных болезнью функций человека, его социальных связей, а также на развитие компенсаторных и заместительных механизмов приспособления организма к новым условиям жизнедеятельности;

инвалид - лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими;

инвалидность - социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты;

группа инвалидности – установленная нормативно-инструктивными документами модель (форма) социальной защиты лица старше 18 лет, признанного инвалидом (в зависимости от степени выраженности последствий болезни устанавливается I, II или III группа инвалидности);

степень утраты здоровья – установленная нормативно-инструктивными документами модель (форма) социальной защиты лица моложе 18 лет, признанного инвалидом (в зависимости от степени выраженности последствий болезни детям, признанным инвалидами, устанавливается категория «ребенок-инвалид» первой, второй, третьей или четвертой степени утраты здоровья);

адаптация инвалида – комплекс мероприятий, направленных на достижение инвалидом уровня самообслуживания, достаточного для его самостоятельного проживания, трудовой и иной деятельности;

реабилитация инвалидов — система мер, направленных на оказание помощи инвалидам в достижении ими оптимального физического, интеллектуального и социального уровней деятельности, а также поддержание их посредством предоставления необходимых средств, услуг, информации и иными способами, обеспечивающими улучшение качества жизни и расширение рамок их независимости, состоящая из медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации;

медицинская реабилитация инвалидов - комплекс мероприятий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма человека и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных вследствие перенесенных заболеваний;

профессиональная реабилитация инвалидов – комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление трудоспособности, включающий профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации инвалидов;

трудовая реабилитация инвалидов - комплекс мероприятий, направленных на обеспечение инвалидам возможности получения и/или сохранения для них подходящей работы, включающий адаптацию к трудовой деятельности и трудоустройство инвалидов;

социальная реабилитация инвалидов — комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни инвалидов посредством создания им условий для независимого проживания и интеграции в общество;

профилактика (предупреждение) инвалидности – система медицинских, социальных, гигиенических, педагогических, профессиональных и других мер, направленных на снижение частоты и уменьшение тяжести инвалидности;

первичная профилактика инвалидности – проводится с момента возникновения инвалидизирующего заболевания, направлена на предупреждение структурно-функциональных нарушений со стороны пораженных органов и основывается на ранней диагностике патологии;

вторичная профилактика инвалидности – нацелена на остановку прогрессирования структурно-функциональных нарушений и профилактику ограничений жизнедеятельности;

третичная профилактика инвалидности – ориентирована на снижение или стабилизацию ограничений жизнедеятельности и предупреждение возникновения социальной дезадаптации (инвалидности);

индивидуальная программа реабилитации инвалида – это официальный документ, обязательный для исполнения, в котором определен комплекс реабилитационных мероприятий, объемы, виды и сроки проведения реабилитации;

реабилитационный потенциал – комплекс биологических, психофизиологических и личностных характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени устранить или компенсировать его ограничения жизнедеятельности;

реабилитационный прогноз – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала;

трудоспособность – это такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей человека, его общее и специальное образование, выработка трудовых навыков и мастерства позволяет выполнять работу определенного объема и качества;

нетрудоспособность – это состояние, обусловленное заболеванием, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда полностью или частично, в течение ограниченного времени или постоянно невозможно;

«безбарьерная» или «доступная» среда – это окружающая среда, в которую могут свободно заходить, попадать и которую могут использовать люди с физическими, сенсорными или интеллектуальными нарушениями; отсутствие или слабая сформированность безбарьерной среды является для пациента и инвалида серьезным препятствием, то есть пространственно-средовым барьером.

Технология формирования и реализации индивидуальной программы или плана медицинской реабилитации пациента

На всех этапах медицинской реабилитации технология реабилитационного процесса проводится врачом-специалистом, начинается и заканчивается следующей схемой экспертного и реабилитационного решения:

развернутый клиничко-функциональный диагноз (с оценкой нарушенных психических функций, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности);

оценка ресурсов окружения (видов поддержки);

формирование индивидуальной программы или плана медицинской реабилитации пациента;

характеристика реабилитационного потенциала;

характеристика реабилитационного прогноза;

проведение реабилитационных мероприятий на всех этапах медицинской реабилитации пациента;

оценка эффективности медицинской реабилитации пациента.

Клиничко-функциональный диагноз

Клиничко-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Развернутый клиничко-функциональный диагноз содержит:

клиническую форму основного заболевания (нозологическое название) и степень выраженности (легкая, средней тяжести или тяжелая);

клиническую форму заболевания, осложняющего основное заболевание; период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения (регрессирующий или прогрессирующий, полная или неполная ремиссия);

тип дефекта и степень его выраженности; период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

оценку нарушенных психических функций по степеням: I степень – легкая, II степень – умеренная, III степень – выраженная, IV степень – резко выраженная;

категории ограничения жизнедеятельности, их стойкость и степень выраженности (способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к общению, способность контролировать свое поведение, способность к ориентации, способность к обучению, способность к труду);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Оценка функционирования

Качественная оценка социального функционирования и качества жизни пациентов с психическими и поведенческими расстройствами может проводиться с использованием опросника (приложение б). Результаты валидации опросника приведены в журнале «Социальная и клиническая психиатрия» - 1998. – Т. 8, № 2. – С.35-40.

Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни пациентов с психическими и (или) поведенческими расстройствами представляет собой полуструктурированное интервью и включает разделы:

демографические данные;

сведения о течении заболевания и особенностях диспансерного наблюдения;

образование и трудовая деятельность;

материально-бытовая сфера;

дневная активность;

семейное положение;

социальные контакты.

Каждый раздел содержит объективные характеристики социального статуса пациента, его функционирования и субъективную оценку (удовлетворенность пациента соответствующей сферой).

Количественная оценка функционирования и ограничений жизнедеятельности пациентов с психическими и поведенческими расстройствами может проводиться следующими методами:

в соответствии с Инструкцией о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 № 97 (в редакции от 08.11.2010 № 142)), приложение 4;

в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), приложение 5.

Метод 1 (приложение 4).

Оцениваются нарушения психических функций и ограничения критериев жизнедеятельности.

Нарушения психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, эмоции и воля, сознание) и поведения оцениваются по степени их выраженности:

- 1-я степень – легкие (незначительные) нарушения функций;
- 2-я степень – умеренные нарушения функций;
- 3-я степень – выраженные нарушения функций;
- 4-я степень – резко выраженные нарушения функций.

Ограничения жизнедеятельности оцениваются по каждому критерию в отдельности:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контролировать свое поведение;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности;
- способность к ведущей возрастной деятельности (с использованием понятия функциональный класс (ФК)).

Для определения степени выраженности каждой категории жизнедеятельности используются методические рекомендации «Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации» - Мн., 1995.

ФК ранжируется по 5-ти бальной шкале, принятой за 100%.

ФК 0 – отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%);

ФК 1 – легкое нарушение жизнедеятельности (от 1% до 25%);

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение жизнедеятельности (от 26% до 50%);

ФК 3 – выраженное нарушение жизнедеятельности (от 51 % до 75 %);

ФК 4 – резко выраженное нарушение жизнедеятельности (от 76 % до 100 %).

Метод 2 (приложение 5).

Используя **МКФ**, оцениваются умственные (психические) функции, ограничения жизнедеятельности (активность и участие) с учетом наличия или отсутствия контекстных факторов (факторов окружающей среды и личностных факторов).

МКФ – это многоцелевая классификация, но основная цель – определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем (приложение 1).

МКФ дает стандартные, необходимые для практического применения, определения «доменов здоровья» и «доменов, связанных со здоровьем».

Домен – это сфера проявления признаков здоровья или болезни, факторов, определяющих здоровье.

Примеры доменов здоровья:

зрение, слух, ходьба, обучение, запоминание;

доменов, связанных со здоровьем:

транспортировка, социальные взаимодействия, образование.

При психических и поведенческих расстройствах у пациентов оцениваются следующие нарушения умственных (психических) функций,

нарушения активности и участия (ограничения жизнедеятельности), «барьерные» и «ресурсные» факторы окружающей среды.

Умственные функции

Глобальные умственные функции:

функции сознания;
 функции ориентированности;
 интеллектуальные функции;
 глобальные психосоциальные функции;
 темперамент и личностные функции;
 волевые и побудительные функции;
 функции сна.

Специфические функции:

функции внимания;
 функции памяти;
 психомоторные функции;
 функции эмоций;
 функции восприятия;
 функции мышления;
 познавательные функции высокого уровня;
 умственные функции речи;
 функции вычисления;
 умственные функции последовательных сложных движений;
 функции самооощущения и ощущения времени.

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции). Термин «организм» относится к человеческому организму как единому целому; следовательно, он включает головной мозг. Таким образом, умственные (психические) функции относятся к категориям функций организма. Стандартом этих функций должна быть статистическая норма для людей.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях, такие как существующие отклонения или утрата. Наличие нарушения обязательно подразумевает причину. Аналогично, наличие нарушения всегда указывает на присутствие функционального или структурного расстройства организма, но может быть вызвано любым заболеванием, расстройством или физиологическим состоянием.

Нарушения могут быть временными или постоянными; прогрессирующими, регрессирующими или стабильными; перемежающимися или непрерывными. Отклонение от популяционной нормы может быть незначительным или выраженным, а его степень с течением времени может меняться в ту или иную сторону. Эти характеристики представлены в виде кодов определителей, расположенных после разделительной точки.

Активность и участие:

обучение и применение знаний;
 общие задачи и требования;
 общение;
 мобильность;
 самообслуживание;
 бытовая жизнь;

межличностные взаимодействия и отношения;

главные сферы жизни;

жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь.

Активность – это выполнение задач и/или действий пациентом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого, качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине в сравнении с людьми без изменения здоровья.

Участие – это вовлечение пациента в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования. Могут быть ограничения возможности участия. Это проблемы, которые может испытывать пациент при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе.

Домены для составляющей «активность и участие» охватывают все сферы жизни от базисных навыков обучения до межличностных взаимодействий и жизни в сообществе. Домены этой составляющей классифицируются двумя определителями: реализация и потенциальная способность (капацитет), что может рассматриваться как процесс и результат.

Определитель реализация устанавливает, что делает пациент в условиях реально окружающей его среды. Так как реальная окружающая среда включает социальный контекст, реализация может пониматься как «вовлечение в жизненную ситуацию» или «жизненный опыт» пациента. Эти условия включают окружающие факторы: все аспекты физической, социальной среды, мира отношений и установок, которые можно кодировать с использованием составляющей «факторы окружающей среды».

Определитель потенциальная способность (капацитет) устанавливает способность пациента выполнять или справляться с какой-либо задачей, каким-либо действием. Составляющие (функции, активность и участие, факторы окружающей среды), классифицируемые в МКФ измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода доменов второго уровня):

xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют...)	0-4%
xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...)	5-24%
xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...)	25-49%
xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...)	50-95%
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...)	96-100%
xxx.8 не определено	
xxx.9 не применимо	

В случае с факторами окружающей среды первый определитель может быть использован для обозначения или меры позитивных влияний окружающих факторов, т.е. облегчающих факторов, или меры негативных влияний, т.е. барьеров.

Факторы окружающей среды:

продукция и технологии;
 природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком;
 поддержка и взаимосвязи;
 установки.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

Кодирование факторов окружающей среды.

Факторы окружающей среды – это составляющая контекстовых факторов классификации. Они должны рассматриваться отдельно для каждой составляющей функционирования и соответственно кодироваться.

Факторы окружающей среды должны кодироваться с позиций человека, о котором идет речь. Например, тротуар без бордюра может кодироваться как облегчающий фактор для пациента, использующего коляску, и в то же время – как барьер для слепого пациента.

Определитель указывает на степень величины, которую представляет исследуемый фактор в виде барьера или облегчающего фактора.

Первый определитель

Первый определитель используется для обозначения или меры позитивных влияний окружающих факторов, т.е. барьеров. Для того и другого используется одна шкала 0-4, но при обозначении облегчающих факторов точка десятичной дроби заменяется знаком «+».

Оценка «барьерных» факторов:

xxx.0 НЕТ барьеров (нет, отсутствуют...)	0-4%
xxx.1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ барьеры (легкие, небольшие, слабые...)	5-24%
xxx.2 УМЕРЕННЫЕ барьеры (средние...)	25-49%
xxx.3 ВЫРАЖЕННЫЕ барьеры (резко выраженные, тяжелые ...)	50-95%
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ барьеры (полные...)	96-100%

Оценка «ресурсных» (облегчающих) факторов:

xxx+0 НЕТ облегчающих факторов (нет, отсутствуют...)	0-4%
xxx+1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ облегчающие факторы (легкие, слабые...)	5-24%
xxx+2 УМЕРЕННЫЕ облегчающие факторы (средние...)	25-49%
xxx+3 ВЫРАЖЕННЫЕ облегчающие факторы (значимые...)	50-95%
xxx+4 АБСОЛЮТНЫЕ облегчающие факторы (полные ...)	96-100%

xxx.8 не уточненный барьер

xxx+8 не уточненный облегчающий фактор

xxx.9 не применимо

Второй определитель разрабатывается.

Оценка ресурсов окружения пациента

Оценка ресурсов окружения – это оценка видов поддержки со стороны окружения, необходимых пациенту для достижения конечной цели реабилитации.

Необходимые виды поддержки:

поддержка родных и близких;
 финансовое обеспечение (заработная плата, пенсия);
 поддержка специалистов (врач, психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник);
 поддержка государственных и общественных организаций.

Уровень поддержки может быть: «достаточный», «удовлетворительный», «недостаточный».

Вмешательства по развитию внешних возможностей (ресурсов) предназначены связать пациента с существующими возможностями (координация ресурсов) или изменить возможности, которые не используются надлежащим образом.

Координация ресурсов включает выбор предпочтительной внешней возможности, подготовку к ее использованию и поддержку пациента при использовании этой возможности.

Модификация ресурсов – это техника адаптации существующих внешних возможностей к «нуждам» пациента для их удовлетворения наилучшим способом.

Формирование программы/плана медицинской реабилитации

После качественной и количественной оценки функционирования, ограничений жизнедеятельности с учетом социальной недостаточности, формируется индивидуальная программа или план медицинской реабилитации пациента.

В стационарных отделениях медицинской реабилитации формируется план медицинской реабилитации пациентам, которые нуждаются в «долечивании», восстановительном лечении, у которых имеются последствия заболевания, но нет признаков инвалидности (формирование и корректировка проводится врачом-специалистом), (ПМРП).

План медицинской реабилитации пациента регистрируется врачом-специалистом в журнале учета пациентов, на которых составляется план медицинской реабилитации пациента (приложение 3).

Индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента формируется и рекомендуется к реализации медико-реабилитационной экспертной комиссией, (ИПМРП), (приложение 1).

ИПМРП корректируется, дополняется и утверждается (подписывается) врачом-специалистом.

ИПМРП регистрируется врачом-специалистом в журнале учета пациентов, на которых составляется ИПМРП (приложение 2).

ПМРП и ИПМРП определяют конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мер, гарантированных государством (глава 6, статья 25 в редакции Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» от 30.09.2015), и являются документами обязательными для исполнения соответствующими реабилитационными организациями (центрами, отделениями), оказывающими реабилитационную помощь. ПМРП и ИПМРП корректируются, дополняются и утверждаются (подписываются) реабилитационной комиссией или заведующим отделением медицинской реабилитации. После чего ПМРП или ИПМРП подклеиваются в медицинскую карту пациента.

При необходимости проведения нескольких курсов медицинской реабилитации в течение календарного года каждый раз заполняется новый бланк ПМРП или ИПМРП. Нумерация ПМРП или ИПМРП проводится в виде дроби: в числителе указывается порядковый номер (по журналу) ИПМРП, а в знаменателе – порядковый номер курса медицинской реабилитации пациента.

Реабилитационный потенциал

После оценки степени выраженности ограничений жизнедеятельности оцениваются резервные возможности пациента, т.е. реабилитационный потенциал (РП) и его реабилитационный прогноз (РПр).

РП – интегральный показатель, учитывающий резервные возможности различных органов и систем организма, потенциал личности пациента и влияние среды его обитания на процесс восстановления функциональных возможностей, повседневной деятельности и профессиональной пригодности пациента.

РП характеризует возможности реабилитации в целом. В соответствии с задачами реабилитации он может быть разделен на несколько составных частей:

- потенциал восстановления и компенсации нарушенных функций;
- потенциал восстановления основных способностей к повседневной деятельности – бытовой активности;
- потенциал восстановления способности к профессиональному труду.

РП характеризуется комплексом факторов, которые могут быть общими для многих заболеваний и специфическими для каждого заболевания.

Специфические факторы объединены в три группы:

- медицинские;
- психологические;
- социальные.

Медицинские факторы определяют тяжесть заболевания, его течение, тяжесть последствий, время начала реабилитации, физическую работоспособность, физическое развитие.

Психологические факторы включают оценку реабилитационного потенциала личности (методика к.м.н. Пушкарева А.Л.).

Социальные факторы характеризуют независимость пациента. Социальная независимость пациента (в семье, жилище, на рабочем месте, в коллективе, транспорте, учреждениях, в получении необходимой информации, участии в общественной жизни и др.):

достигается сохранностью способностей, обеспечивающих жизнедеятельность;

зависит от реабилитационного потенциала социальной среды, т.е. готовность и способность общества предоставить пациенту равные, по сравнению со здоровыми людьми, возможности во всех социальных сферах: общественной, профессиональной, бытовой.

С учетом вышеизложенных медицинских, психологических и социальных факторов определяется реабилитационный потенциал: **высокий, средний и низкий**.

К пациентам с **высоким реабилитационным потенциалом** относятся пациенты с: пограничными расстройствами (неврозы, психопатии), маниакально-аффективным психозом, шизофренией с редкими обострениями,

олигофренией с легкой дебильностью, органическими поражениями головного мозга (ЧМТ, сосудистые), компенсированными психическими и поведенческими расстройствами.

Обострения и приступы у них купируются с помощью психофармакологического и психотерапевтического лечения, клинический прогноз – благоприятный.

В психологическом плане – это личности с хорошими трудовыми и профессиональными характеристиками, имеющими трудовой стаж по специальности.

В социальном плане – это пациенты рационально трудоустроенные, с устроенными жилищными условиями.

Пациенты с высоким реабилитационным потенциалом имеют ФК1 (незначительные или легкие нарушения функции до 25%).

Это – полное восстановление трудоспособности или незначительные ограничения.

Средний реабилитационный потенциал определяется у пациентов:

с шизофренией с периодическим типом течения и приступами 1-3 раза в год длительностью до 2 месяцев;

с органическими психическими расстройствами в стадии субкомпенсации;

при эпилепсии с приступами средней частоты и незначительно выраженными изменениями личности;

при пограничных и психогенных расстройствах с частыми декомпенсациями;

при умственной отсталости легкой и умеренной степени.

Клинический прогноз – менее благоприятный.

В психологическом плане – это личности без психического отягощения, с положительными установками на продолжение трудовой деятельности.

Социальные факторы – это проживание в семье, наличие благоустроенного жилья, наличие специальности с усвоением трудовых навыков, рационально трудоустроенные. Средний реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на частичную обратимость функциональных нарушений (ФК1-2, от 25% до 50%).

Низкий реабилитационный потенциал определяется у пациентов с: непрерывно-текущей и злокачественной шизофренией, органическими поражениями головного мозга (с психотическими нарушениями) в стадии декомпенсации, эпилепсией с частыми приступами и выраженными изменениями личности, умственной отсталостью умеренной и выраженной степени.

В психологическом отношении – это личности с отягощенной наследственностью с психическими расстройствами; большинство из них не имеют профессии и никогда не работали.

Социальные факторы – это отсутствие семьи, проживание в общежитии, у родственников. Низкий реабилитационный потенциал позволяет рассчитывать на сохранение имеющихся нарушений до уровня стойких ограничений жизнедеятельности (ФК3, от 50% до 75%).

Оценка реабилитационного потенциала осуществляется специалистами для реабилитационного прогнозирования и назначения реабилитационных мероприятий на ближайший год.

Под реабилитационным прогнозом (РПр) понимают прогнозирование возможности реализации РП. Для конкретизации реабилитационного прогноза целесообразно определять его дифференцированно по отношению к отдельным составным частям РП:

прогнозирование восстановления нарушенных функций – соответствует клиническому прогнозу и зависит от факторов, его определяющих;

прогнозирование восстановления способности к труду, т.е. трудовой прогноз;

прогнозирование восстановления повседневной деятельности – восстановление социально-бытовой активности.

Направление пациентов на медицинскую реабилитацию

Направление пациентов на медицинскую реабилитацию осуществляется врачом-специалистом в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих (медицинских и психиатрических) противопоказаний для направления пациентов на медицинскую реабилитацию.

Перечень психиатрических показаний для направления пациентов на медицинскую реабилитацию:

- психические и поведенческие расстройства (ФК1, ФК2, ФК3, ФК4):
- органические, включая симптоматические, психические расстройства;
- психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ;
- шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;
- расстройства настроения (аффективные расстройства);
- невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства;
- поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;
- расстройства личности и поведения в зрелом возрасте;
- умственная отсталость (легкая и умеренная);
- расстройства психологического (психического развития);
- эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте;
- без значительной остроты и выраженности психопатологических расстройств;
- в состоянии упорядоченного поведения;
- с наличием социально сохраненных установок и положительного отношения к лечению;
- со снижением уровня бытовой, трудовой, социальной активности при наличии базовых навыков самообслуживания, общения, обучения, а также мотивации пациента участвовать в реабилитационных мероприятиях.

Перечень общих (медицинских и психиатрических) противопоказаний для направления пациентов на медицинскую реабилитацию:

- острые психотические расстройства;
- выраженные депрессивные состояния;

стойкие суицидальные мысли и намерения с тенденцией к их осуществлению;

органические расстройства личности, сопровождающиеся асоциальным поведением и (или) расторможенностью влечений;

эпилепсия и эпилептические синдромы с частыми генерализованными и вторично генерализованными эпилептиками;

соматические заболевания в стадии обострения, декомпенсации, терминальной стадии;

хроническая болезнь почек (ХБП) 4-5 ст.;

лихорадочные состояния;

острые тромбозы, эмболии в качестве сопутствующих заболеваний;

дыхательная недостаточность III ст.;

неконтролируемая и резистентная артериальная гипертензия;

недостаточность кровообращения выше II А ст.;

нарушения ритма и проводимости сердца;

острые инфекционные заболевания до выздоровления;

паразитарные заболевания до окончания срока изоляции;

контагиозные кожные заболевания;

выраженные нарушения интеллектуально-мнестической сферы (глубокая умственная отсталость – способность к освоению элементарных навыков самообслуживания, общения и передвижения ограничена или отсутствует, наблюдается недержание мочи и кала);

отсутствие согласия участвовать в реабилитационных мероприятиях.

Продолжительность медицинской реабилитации у пациентов с психическими и (или) поведенческими расстройствами определяется сроком основного курса лечения.

Медицинская реабилитация осуществляется в соответствии с индивидуальной программой или планом медицинской реабилитации пациента и проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культурного организатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Медицинская реабилитация представлена реабилитационными занятиями (групповыми и индивидуальными), основанными на многочисленных программах («модулях»), по направлениям:

психообразование пациентов и их родственников;

оказание психологической помощи пациентам и их родственникам;

оказание социальной помощи пациентам и их родственникам;

тренинговая работа с пациентами;

терапия занятостью (эрготерапия) пациентов (терапия творчеством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия).

Психообразование проводится с пациентами по различным аспектам психических и поведенческих расстройств.

Психообразование способствует:

преодолению стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознанию серьезности и тяжести заболевания;

выработке комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения);

выработке навыков совладания (копингу) с остаточной психопатологической симптоматикой;

расширению знаний о мерах при ургентных обстоятельствах, связанных с внезапным обострением состояния;

дестигматизации заболевания;

изменению непосредственного окружения пациента (внешней обстановки и микросоциальной среды таким образом, чтобы вызвать коррекцию продуктивных психопатологических нарушений и способствовать активности в преодолении дефицитарных расстройств) – работа с родственниками и близкими пациента с привлечением их к сотрудничеству в целенаправленном устранении болезненных проявлений;

преодолению ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработке адекватных коммуникативных навыков (использование в общении с пациентом простых, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости);

развитию чувства внутреннего контроля;

созданию высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышению уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

В процессе проведения психообразовательных программ проходит обмен опытом и совместное обсуждение возникших вопросов, что помогает пациентам понять свои переживания и получить поддержку при правильных действиях.

Важно добиться, чтобы каждое занятие оставляло положительный след у всех участников, вселяло надежду и оптимизм.

Психообразование пациентов проводится по утвержденным психообразовательным программам соответствующих категорий психических и поведенческих расстройств.

Психологическая помощь – комплекс мероприятий, направленных на содействие пациентам в предупреждении, разрешении психологических проблем, преодолении последствий кризисных ситуаций, в том числе путем активизации собственных возможностей, на развитие личности, её самосовершенствование и самореализацию.

Психологическая помощь оказывается в форматах:

психологической коррекции;

психологического консультирования;

психологической профилактики;

психологического просвещения.

Психологическая коррекция – комплекс мероприятий, направленных на исправление (корректировку) особенностей личности и поведения, которые приводят к психологическим проблемам.

Психологическое консультирование – комплекс мероприятий, направленных на разрешение психологических проблем, в том числе на принятие решений относительно профессиональной деятельности, межличностных отношений, на преодоление последствий кризисных ситуаций.

Психологическая профилактика – комплекс мероприятий, направленных на своевременное предупреждение возможных нарушений в становлении и развитии личности и межличностных отношений, на сохранение и укрепление состояния душевного равновесия.

Психологическое просвещение – комплекс мероприятий, направленных на распространение психологических знаний, повышение степени информированности о психологии и возможностях психологической помощи в целях повышения уровня психологической культуры и качества личной жизни.

Основной формой работы психолога являются тренинги (психоэмоциональный, личностного понимания, коммуникативных навыков, психических процессов, психомоторный, релаксационный).

Социальная помощь – представляет систему социальных мер в виде содействия, поддержки и услуг пациентам для преодоления, смягчения жизненных трудностей, обеспечения им социальных гарантий, установленных законодательством.

Социальная поддержка – специальные меры, направленные на поддержание условий, достаточных для существования «слабых» пациентов, испытывающих нужду в процессе своей жизнедеятельности и деятельного существования.

Социальные услуги включают:

- предоставление консультативно-информационных услуг;
- оказание материальной помощи в денежной и натуральной форме;
- предоставление временного пребывания в социальных приютах;
- обеспечение дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания;
- осуществление социального обслуживания в стационарных учреждениях и на дому;
- оказание социально-реабилитационных услуг;
- оказание посреднических услуг.

Социальная помощь в условиях психиатрического стационара оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

- помощь в адаптации пациентов к больничному режиму;
- консультирование пациентов по социальным вопросам;
- работа с пациентами социально-уязвимых категорий (выявление одиноких, одиноко проживающих и утративших социальные связи пациентов), составление их социального паспорта, установление причины их социального неблагополучия, определения характера и объема необходимой социальной помощи;
- помощь в подготовке и оформлении документов для принятия нуждающихся пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание (паспортов, пенсионных удостоверений);
- тренинг независимого проживания с целью повышения у пациентов их интегративных способностей (социально-бытовым навыкам, коммуникативным навыкам, навыкам по формированию здорового образа жизни, навыкам компьютерной грамотности);
- работа с родственниками по изменению непосредственного окружения пациента (внешней обстановки и микросоциальной среды таким образом,

чтобы вызвать коррекцию продуктивных психопатологических нарушений и способствовать активности в преодолении дефицитарных расстройств);

информационно-методическая работа (социально-информационный материал для пациентов и их родственников, информационный поиск работы для инвалидов с учетом предоставляемой информации из Министерства труда и социальной защиты).

Социальная помощь в амбулаторных условиях оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

социальная поддержка (организация ухода на дому, содействие в улучшении бытовых условий);

оказание социально-реабилитационных услуг;

оформление документов и помещение пациентов в дом-интернат при наличии показаний;

оформление опекуинства;

помощь в сохранении трудоспособности, в выборе и получении новой профессии;

оформление инвалидности;

реализация льгот, предоставляемых государством;

контроль выдачи больничных листов;

спонсорская и гуманитарная помощь;

работа с родственниками по изменению непосредственного окружения пациента (внешней обстановки и микросоциальной среды таким образом, чтобы вызвать коррекцию продуктивных психопатологических нарушений и способствовать активности в преодолении дефицитарных расстройств);

морально-психологическая поддержка пациентов и их родственников при адаптации к новым условиям.

Тренинговая работа

Тренинговая работа – обучение пациентов различным видам умений и навыков, основным законам межличностного общения, умению руководить и принимать правильные решения в трудных жизненных ситуациях.

Виды тренингов:

тренинг психоэмоционального состояния (активизация, «закаливание», тонизирование эмоциональной сферы);

тренинг личностного понимания (формирование способности осознавать и изменять мир вокруг себя, изменять самого себя);

тренинг коммуникативных навыков (формирование навыков общения, умения слушать, высказывать свою точку зрения, приходить к компромиссному решению; развитие социально приемлемого и уверенного поведения в семье и обществе);

тренинг психических процессов (восстановление, улучшение и поддержание базовых когнитивных способностей: памяти, внимания, мышления);

тренинг социально-бытовых навыков (формирование/восстановление навыков личной гигиены, навыков самообслуживания и умений ориентироваться в основных житейских ситуациях);

психомоторный тренинг (развитие мелкой и крупной моторики, координации движений, тактильных ощущений, зрительного и слухового восприятия, глазодвигательных мышц);

релаксационный тренинг (снятие эмоционального и мышечного напряжения, переутомления, предотвращения стресса, отвлечение пациента от тревожащих его мыслей).

Эрготерапия (терапия трудом, проведением занятий, занятостью) – направлена на максимально возможное восстановление двигательной активности пациента с ограниченными возможностями, способности пациента к независимой жизни путем максимальной его занятости на протяжении всего заболевания.

Эрготерапия – вид социотерапии, направленной на привлечение пациентов к продуктивным занятиям, стимулирование их социальной активности путем расширения круга интересов, обогащения внутреннего мира, развития различных форм проведения досуга.

Пассивные формы эрготерапии (прослушивание рассказов, сказок, музыки, просмотр кинофильмов, посещение театров) постепенно сменяются активными формами (участие в обсуждении, в постановке спектаклей и концертов, собственное творчество).

Виды занятости:

активность в повседневной жизни (меры личной гигиены, одевание, приём пищи и лекарств, общение, мобильность в обществе);

активность в работе и продуктивной деятельности (выполнение домашних обязанностей, забота о других людях, обучение новому, трудовая деятельность);

активность в отдыхе, развлечениях и играх (возможность выбора, возможность выполнять необходимые действия во время отдыха и игр).

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата в любой стадии эрготерапевтического процесса.

Виды терапии занятостью:

терапия искусством;

трудова́я терапия;

социокультурные мероприятия.

Терапия искусством (арттерапия) – терапия пациентов с использованием основ и форм творческой деятельности.

Задачи арттерапии:

развитие и поддержание их творческих навыков;

отреагирование чувств и переживание положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами;

поддержка и развитие коммуникативных навыков, самостоятельности и самоорганизации;

психологическая интеграция пациентов, достижение ими более высокого уровня самопринятия и самопонимания;

повышение самооценки и самосознания пациентов.

Проведение арттерапии меняется в зависимости от этапов медицинской реабилитации (от простых форм арттерапии на 2-ом и 4-ом этапах к более сложным формам – на 3-ем этапе). На 1-ом этапе медицинской реабилитации арттерапия не проводится.

Виды арттерапии:

рисование (с использованием карандашей и туши, пастельного мела, масляного мела, акриловых красок, фасонной пряжи) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепка (с использованием пластилина, соленого теста) по теме, при помощи фантазии;

работа с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги, кальки по теме, при помощи фантазии;

аппликация (с использованием бумаги, картона, природного материала) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

рукоделие (с использованием тканей, ниток разных цветов и оттенков) по теме, при помощи фантазии.

Трудовая терапия – это направленное вовлечение пациентов в трудовую деятельность с лечебно-реабилитационной целью (от простых ее видов в щадящих условиях до промышленной реабилитации, осуществляемой на предприятиях).

Проведение трудовой терапии различно на всех этапах медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе (лечебно-реабилитационном) в форме:

сохранения и частичного восстановления простейших социально-бытовых навыков (питьевого режима, режима приема пищи, режима сна, навыков одевания, навыков хождения);

восстановления адекватных коммуникативных навыков (общения с персоналом, с родственниками, пациентами по палате).

На 2-ом этапе (восстановительном) в форме:

дальнейшего восстановления социально-бытовых навыков;

закрепления адекватных коммуникативных навыков;

назначения адекватного трудового режима (индивидуально для каждого пациента, с достаточными перерывами на отдых, с учетом показаний и противопоказаний для выполнения данной трудовой операции);

овладения одной или несколькими трудовыми операциями самостоятельно.

На 3-ем этапе (амбулаторном) в форме:

закрепления сохраненных и восстановленных социально-бытовых навыков;

использования закрепленных коммуникативных навыков со стабилизацией волевых решений и трудовых установок;

организации трудовых процессов на щадящих условиях труда (в лечебно-трудовых мастерских, в отделениях дневного пребывания);

трудовой переориентации с последующим трудоустройством.

На 4-ом этапе (повторной реабилитации) в форме:

закрепления имеющихся социально-бытовых и коммуникативных навыков;

организации адекватного трудового режима (при условии устойчивого психического состояния) с максимальным вовлечением пациентов в комплекс проводимых реабилитационных мероприятий.

Виды трудовой терапии:

работа с древесиной с использованием следующих видов работ: строгание, обработка наждачной бумагой, обработка рашпилем, полировка, вбивание гвоздей, закручивание шурупов;

работа с использованием высушенных цветков, листьев, шишек, желудей, мха, фасоли, гороха по теме, при помощи фантазии;

работа с бумагой (сложные формы);

работа с глиной (по теме, при помощи фантазии);

работа с текстилем (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работа с прутьями;

работа в отделении и на территории (уборка, уход за растениями, сезонные работы на территории).

Социокультурная деятельность – способ активных отношений к действительности, который проявляется в создании, освоении, сохранении и развитии ценностей культуры.

Социокультурные мероприятия показаны всем пациентам, кроме пациентов 1-го этапа проведения медицинской реабилитации (с учетом общих противопоказаний для направления пациентов на медицинскую реабилитацию).

Виды социокультурных мероприятий:

музыкотерапия (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений);

кинотерапия (просмотр и обсуждение кинофильмов);

сказкотерапия (прослушивание, просмотр и обсуждение сказок);

тематические конкурсы и праздники;

выставки творческих работ пациентов;

игровая терапия;

посещение концертов, театров, кинотеатров, парков, зоопарков.

Значение социокультурных мероприятий: выработка положительных эмоций, улучшение коммуникативных навыков пациентов, раскрытие и развитие творческого потенциала. Социокультурные мероприятия организуются на основе инициативы самих пациентов с учетом их интересов.

Социокультурные мероприятия проводятся на 2-ом, 3-ем и 4-ом этапах медицинской реабилитации.

На 2-ом и 4-ом этапах (в стационарных условиях) проводятся:

музыкотерапия (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений);

кинотерапия (просмотр и обсуждение кинофильмов);

сказкотерапия (прослушивание и обсуждение сказок);

тематические конкурсы и праздники;

выставки творческих работ пациентов;

игровая терапия.

На 3-ем этапе (в амбулаторных условиях) проводятся:

музыкотерапия, кинотерапия, сказкотерапия;

выставки творческих работ пациентов;

игровая терапия;

тематические конкурсы и праздники с приглашением родственников;

активное посещение концертов, театров, кинотеатров, парков, зоопарков.

В каждом разделе указаны только те реабилитационные мероприятия, которые непосредственно проводятся при данных нозологических формах

психических и поведенческих расстройств. Реабилитационные мероприятия, имеющие отношение к другой патологии (соматической, неврологической, инфекционной и т.д.), проводятся по соответствующим клиническим протоколам.

Физиотерапевтические мероприятия по нозологическим формам психических и поведенческих расстройств детально указаны в приложении 2 «Физиотерапевтические мероприятия, проводимые в стационарных и амбулаторных условиях» к Клиническому протоколу оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2010 № 1387).

Фармакотерапия (лекарственные средства, их дозы, продолжительность, условия проведения, алгоритм, особенности действия) пациентов с психическими и поведенческими расстройствами проводится одновременно с проведением реабилитационных мероприятий, по назначению врача-специалиста. Более детально по нозологическим формам фармакотерапия указана в клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2010 № 1387).

Оценка эффективности медицинской реабилитации

После прохождения пациентом курса медицинской реабилитации врач-специалист проводит оценку эффективности медицинской реабилитации; результат вносится в ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продолжению или прекращению проведения реабилитационных мероприятий.

Критерии оценки эффективности медицинской реабилитации

«Восстановление полное» - достигнуто клиническое выздоровление и полное восстановление психических функций и ограничений жизнедеятельности

«Улучшение (на 1 функциональный класс)» - достигнуто клиническое улучшение, некоторое улучшение по одному из критериев (категории) ограничений жизнедеятельности.

«Незначительное улучшение» - достигнуто незначительное клиническое улучшение и незначительное улучшение психических функций и ограничений жизнедеятельности.

«Без изменений» - клинический статус прежний, функциональный класс тот же.

«Ухудшение» - наступило клиническое ухудшение и усиление нарушений психических функций и ограничений жизнедеятельности.

ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

F00 – F09

Общая характеристика

В данный раздел собраны разнородные по проявлениям и тяжести органические психические и поведенческие расстройства. Они объединены одним ключевым признаком – это наличие четкой причинно-следственной связи между психическим расстройством и установленным, а также доказанным, поражением или дисфункцией головного мозга. Указанное поражение, дисфункция или расстройство могут быть: первичными, при этом – головной мозг поражается непосредственно; вторичным, когда причиной заболевания является поражение других органов и систем. Экспериментально-психологическое обследование - смотри Приложение 1, раздел F00-F09; фармакотерапия определяется нозологической формой и тяжестью заболевания (Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2010 № 1387).

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты: восстановление и сохранение как можно длительное и на возможно более высоком уровне функциональных способностей пациента, его компетентности в повседневной жизни и выполнения своих социальных ролей; коррекция когнитивных, аффективных и поведенческих нарушений.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации: медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания в зависимости от выраженности психических нарушений и ограничений жизнедеятельности.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации определяется сроком основного курса лечения, отдельно - для каждой нозологической формы.

F00-F03

Деменции

F00 (G30)

Деменция при болезни Альцгеймера

F01

Сосудистая деменция

F02

Деменция при болезнях, классифицированных в других разделах

F03

Деменция неуточненная

Общая характеристика

Согласно МКБ-10: деменция – это синдром, обусловленный заболеванием головного мозга (как правило, имеющим хроническое или прогрессирующее течение). Отличительными признаками синдрома являются нарушения ряда высших корковых функций, включая:

память (ухудшение заметно при усвоении новой информации – отмечаются затруднения, связанные с фиксацией, хранением и воспроизведением информации; в тяжелых случаях нарушается воспроизведение ранее усвоенной информации);

мышление и способность к логическим суждениям (неспособность справиться с задачами по планированию и организации; отмечается снижение по сравнению с прежним (более высоким) уровнем продуктивности;

счет, язык и речь.

сохраняется ориентировка в окружающей обстановке, т.е. отсутствует помрачение сознания.

Отмечается снижение эмоционального контроля или мотивации либо изменение социального поведения (эмоциональная лабильность, раздражительность, апатия, огрубение социального поведения).

Тяжесть деменции определяется исходя из максимального уровня нарушения когнитивных способностей (в зависимости от того, что затронуто сильнее).

Нарушения когнитивных функций сохраняются и сопутствуют ухудшению эмоционального контроля и социального функционирования на протяжении не менее 6 месяцев.

Цель и ожидаемые результаты медицинской реабилитации:

восстановление прогрессирующей деменции, поддержание как можно длительное время на возможно более высоком уровне когнитивных и социально-бытовых способностей пациента, коррекция поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации

В стационарных условиях:

в зависимости от выраженности психотических и аффективных расстройств, расстройств поведения;

для решения вопросов нозологической принадлежности деменции в сложных в диагностическом отношении случаях;

при необходимости решения социальных вопросов у одиноких пациентов и пациентов без определенного места жительства с деменцией средней и тяжелой степени.

Во всех других случаях реабилитационные мероприятия проводятся в амбулаторных условиях и в отделении дневного пребывания.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность проведения медицинской реабилитации определяется клинической целесообразностью (степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности):

в условиях стационара – проводятся 1-й, 2-й и 4-й этапы медицинской реабилитации – от 2 недель до 1 месяца (при подборе лечения и купировании сопутствующих деменции нарушений - до 2 месяцев);

в амбулаторных условиях – проводится 3-й этап медицинской реабилитации – до 6 месяцев;

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих (психиатрических и соматических) противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при деменции:

- код по МКБ-10;
- нозологическое название по МКБ-10);
- степень выраженности (легкая, средней тяжести или тяжелая);
- клиническая форма заболевания, осложняющего основное заболевание;
- период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);
- тип течения;
- тип дефекта и степень его выраженности;
- оценка нарушенных психических функций по степеням: I степень – легкая, II степень – умеренная, III степень – выраженная, IV степень – резко выраженная;
- оценка ограничений категорий (критериев) жизнедеятельности, их стойкость и степень выраженности (по 7 основным категориям: способность к самообслуживанию, способность к самостоятельному передвижению, способность к общению, способность контролировать свое поведение, способность к ориентации, способность к обучению, способность к труду);
- реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);
- реабилитационный прогноз (клинический прогноз, трудовой прогноз, восстановление социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:

- психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;
- лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);
- обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз (смотри F00-F03);**

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культорганизатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и дестигматизации психических расстройств):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении деменции;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко - доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция и психологическое консультирование пациентов, направленные на снятие тревоги, страха, агрессивности, улучшение когнитивных способностей:

ориентирование в действительности и окружении;

недопущение умственного переживания негативных мыслей;

уменьшение количества раздражителей;

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении;

побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни;

повышение самооценки - сосредоточение внимания на достижениях;

психологическая поддержка родственников, осуществляющих уход за пациентами:

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания;

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой деятельности: личной гигиены, одевания, раздевания, приема пищи – обеспечение высококалорийной и витаминизированной диеты, питьевого режима - контроль количества принятой и выделенной жидкости; следует избегать внезапного перехода к новым процедурам, темам или действиям);

работа с пациентами социально-уязвимых категорий;

помощь в оформлении документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

проведение с пациентами тренингов по формированию навыков независимого проживания (коммуникативных, социально-бытовых, здорового образа жизни);

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью снижения уровня тревожности, отвлечения от негативных мыслей, развития творческого потенциала, улучшения когнитивных функций.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием карандашей и туши, пастельного мела, масляного мела, акриловых красок) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, соленого теста) по теме, при помощи фантазии (простые формы);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги по теме, при помощи фантазии;

аппликацией (с использованием бумаги, картона, природного материала) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

рукоделием (с использованием тканей и ниток ярких цветов) по теме, при помощи фантазии.

Трудовая терапия представлена:

работой с древесиной с использованием следующих видов работ: обработка наждачной бумагой, полировка, закручивание шурупов по теме, при помощи фантазии;

работой с использованием высушенных цветков, листьев, шишек, желудей, мха, фасоли, гороха по теме, при помощи фантазии;

работа с бумагой (по теме, при помощи фантазии), сложные формы;

работой с глиной (по теме, при помощи фантазии);

работой с текстилем (по теме, при помощи фантазии, групповой картины).

Социокультурные мероприятия представлены:

музыкотерапией (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, участие в проведении музыкальных мероприятий);

кинотерапией (просмотр и обсуждение кинофильмов);

сказкотерапией (прослушивание, просмотр и участие в постановке сказок);

участие в постановке праздничных концертов и спектаклей.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента; даются рекомендации по продолжению или прекращению реабилитационных мероприятий.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации - осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам:

- с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций;

- с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-м этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз (смотри F00-F03);**

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и дестигматизации психических и поведенческих расстройств):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении деменции;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция и психологическое консультирование пациентов, направленные на снятие тревоги, агрессивности, улучшение когнитивных способностей (ориентирование в действительности и окружении, недопущение умственного переживания негативных мыслей, уменьшение количества раздражителей, обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении, побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни, повышение самооценки - сосредоточение внимания на достижениях);

психологическая поддержка родственников, осуществляющих уход за пациентами:

оказание помощи пациентам во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появлении побочных эффектов от приема лекарственных

средств; коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

помощь в расстановке мебели в таком порядке, который наилучшим образом будет соответствовать особенностям их несостоятельности; организация хранения вещей в легкодоступном месте; организация хранения в недоступных местах всех потенциально опасных вещей; поддержка наличия небольшого количества раздражителей в окружении пациента; поддержка спокойного обращения с пациентом; обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента (с целью профилактики травматизма и проявлений насилия, направленного на себя или на других пациентов);

избегание внезапного перехода к новым темам или действиям;

изменение процессов мышления, ощущения и восприятия (частое ориентирование пациента в действительности и окружении, побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни пациента);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

повышение самооценки;

оформление инвалидности;

оформление опекуинства;

оформление документов и устройство в дом-интернат по показаниям;

помощь в сохранении трудоспособности, в выборе и получении новой профессии;

реализация льгот, предоставляемых государством;

контроль выдачи больничных листов;

спонсорская и гуманитарная помощь;

морально-психологическая поддержка пациентов и их родственников при адаптации к новым условиям;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам

Эрготерапия с пациентами проводится с целью снижения уровня тревожности, отвлечения от негативных мыслей, развития творческого потенциала, улучшения когнитивных способностей, повышения самооценки.

В любой стадии эрготерапия может быть закончена или вновь начата.

Эрготерапия с пациентами проводится в виде: терапии искусством, трудовой терапии, социокультурных мероприятий.

Терапия искусством представлена: рисованием, лепкой, работой с бумагой, рукоделием.

Трудовая терапия представлена: работой с природным материалом, работой с глиной, работой с текстилем, работой с прутьями; в трудовых мастерских работой с древесиной, работой с картоном, с тканью (сложные формы).

Социокультурные мероприятия представлены: кинотерапией, музыкотерапией, посещением выставок, театров музеев, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)»,

«незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента; даются рекомендации по продолжению или прекращению реабилитационных мероприятий.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз (смотри F00-F03)**;

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

F00, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9

Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-G30.0, G30.1, G30, G30.9)

Общая характеристика

Болезнь Альцгеймера (БА) является первичным дегенеративным церебральным заболеванием головного мозга неизвестной этиологии с характерными нейropатологическими и нейрохимическими признаками; главным проявлением которого является:

при болезни Альцгеймера с ранним началом в возрасте до 65 лет - быстрое прогрессирование деменции (с нарушениям памяти присутствуют: афазия, аграфия, алексия, акалькулия или апраксия);

при болезни Альцгеймера с поздним началом в возрасте после 65 лет (чаще после 75 лет) – медленно прогрессирующее течение деменции (преобладание расстройства памяти над интеллектуальными нарушениями).

Деменция при болезни Альцгеймера, атипичной формы, характеризуется наличием отличающихся важных атипичных признаков.

Деменция при болезни Альцгеймера, смешанного типа, характеризуется наличием соответствующих критериев сразу двух типов.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: восстановление социально-бытовых навыков и сохранение как можно длительное время и на возможно более высоком уровне этих навыков, коррекция когнитивных и поведенческих нарушений.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях стационара – проводятся 1-й, 2-й и 5-ый этапы медицинской реабилитации – от 2 недель до 1 месяца;

в амбулаторных условиях – проводится 3-й и 4-й этапы медицинской реабилитации – до 6 месяцев.

Этапы, уровни, условия оказания медицинской реабилитации: смотри F00-F03.

Схема клинико-функционального диагноза деменции при болезни Альцгеймера:

код по МКБ-10 (F02.8);

нозологическое название по МКБ-10;

характер начала заболевания;

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

оценка выраженности психических расстройств (по степеням);

оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Реабилитационные мероприятия в стационарных условиях (на 1-ом, 2-ом, 5-ом этапах) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности.

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении деменции;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение

пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

В психиатрическом стационаре должно придаваться особое значение обеспечению правильного режима и постоянного ухода за пациентами с деменцией.

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения и F00-F03).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F01

Сосудистая деменция

Общая характеристика

Начало заболевания – острое, после одного или нескольких эпизодов нарушения мозгового кровообращения, с прогрессированием деменции.

Заболевание начинается (в большинстве случаев) в более позднем возрасте.

При неравномерности поражения высших когнитивных функций (когда одни из них нарушены, а другие – относительно сохранены) отмечается легкое снижение мышления и процессов обработки информации при достаточно выраженном расстройстве памяти.

Заболевание характеризуется:

эмоциональной лабильностью, слезливостью, колебанием артериального давления и неврологической симптоматикой (моноклатеральной спастической слабостью в конечностях, моноклатеральным повышением сухожильных рефлексов, наличием псевдобульбарного паралича).

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Схема клинико-функционального диагноза

при сосудистых заболеваниях головного мозга:

код по МКБ-10 (F06.6, F07.0, F01);

нозологическое название по МКБ-10;

характер начала;

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

оценка выраженности психических расстройств (нарушения сознания, изменения личности, интеллектуально-мнестического снижения);

неврологическая симптоматика (степень выраженности);
оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);
реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);
реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

F02.0

Деменция при болезни Пика (G31.0)

Общая характеристика

Деменция с медленно прогрессирующим течением, которая начинается в среднем возрасте (обычно между 50 и 60 годами), и сопровождается атрофией преимущественно лобных долей.

Деменция проявляется:

обеднением эмоций;
огрубением социального поведения;
расторможенностью влечений;
апатией или возбужденным состоянием;
афазией;

интеллектуальным снижением личности при относительной сохранности (на ранних стадиях) памяти и функций теменной доли.

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Пациенты нуждаются в уходе и надзоре на самых ранних стадиях деменции, в связи с грубыми нарушениями поведения и сопутствующими эмоционально-волевыми расстройствами.

F02.1

Деменция при болезни Крейтцфельдта-Якоба (A81.0)

Общая характеристика

Болезнь начинается, как правило, в среднем или позднем возрасте.

Отмечается очень быстрое прогрессирование деменции с дезинтеграцией практически всех высших функций мозга.

Вслед за деменцией появляется неврологическая симптоматика:

пирамидные симптомы;
экстрапирамидные симптомы;
мозжечковые симптомы;
афазия;
нарушения зрения.

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F 02.2**Деменция при болезни Гентингтона (G10)****Общая характеристика**

Заболевание передается одним аутосомно-доминантным геном.

Деменция развивается в результате обширной дегенерации мозга.

В первую очередь поражаются подкорковые функции, что проявляется замедленностью мышления и движений, изменением личности (с нарастающей апатией и депрессией).

Характерны также непроизвольные хореоформные движения, обычно охватывающие лицо, руки, плечи или проявляющиеся в изменении походки.

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F02.3**Деменция при болезни Паркинсона (G20)****Общая характеристика**

Деменция присоединяется на более поздних этапах болезни Паркинсона, в трети случаев – не возникает вообще. Нарушению двигательных функций (мышечной ригидности, тремора, расстройства координации движений) часто сопутствует депрессивное расстройство.

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других разделах**F 02.8****Общая характеристика**

Деменция развивается в связи с травмой головного мозга, эпилепсией, новообразованием, нейросифилисом, другими вирусными и бактериальными заболеваниями.

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Схема клинико-функционального диагноза при черепно-мозговой травме:

код по МКБ-10 (F02.8);

нозологическое название по МКБ-10;

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

осложнения основного заболевания (неврологическая симптоматика, психические расстройства при отдаленных ЧМТ, степень их выраженности); оценка нарушений психических функций (по степеням выраженности); оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям); реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий); клинический прогноз.

F04

Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

Общая характеристика

Органический амнестический синдром характеризуется: выраженным расстройством памяти на недавние события (нарушение усвоения нового материала), что сказывается на повседневной жизни; снижением способности к воспроизведению прошлого опыта; дезориентировкой во времени; наличием конфабуляций; наличие эмоциональных изменений (апатии, безынициативности) и неспособности критически воспринимать свое состояние; нарушение непосредственного воспроизведения информации, помрачение сознания, расстройства внимания, восприятия и других когнитивных функций, включая интеллект, обычно *отсутствуют*.

Наиболее частые этиологические факторы: сосудистая патология головного мозга (инсульт), ЧМТ, церебральные опухоли, интоксикации (часто угарным газом), гипоксия вследствие остановки сердца, наркоза, при утоплении, суицидальных попытках через повешение и др.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: улучшение когнитивных функций (памяти, мышления, внимания) и ориентировки, восстановление и сохранение социально-бытовых навыков, коррекция поведения, восстановление бытовой, трудовой и социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

- 1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения
- 2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения
- 3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

чаще - в психиатрическом стационаре;
при создании адекватного ухода за пациентом и наличия социальной поддержки – возможно проведение реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях стационара – проводятся 1-й, 2-й и 5-ый этапы медицинской реабилитации – от 2 недель до 2-3 месяцев;

в амбулаторных условиях – проводится 3-й и 4-й этапы медицинской реабилитации – до 6 – 12 месяцев.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Схема клинико-функционального диагноза

при черепно-мозговой травме:

код по МКБ-10 (F02.8);

нозологическое название по МКБ-10 (амнестический синдром или корсаковский психоз);

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

осложнения основного заболевания (неврологическая симптоматика, психические расстройства при отдаленных ЧМТ, степень их выраженности);

оценка нарушений психических функций (по степеням выраженности);

оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и ограничением жизнедеятельности.

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органического амнестического синдрома, не обусловленного алкоголем или другими психоактивными веществами;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;
повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;
коррекция когнитивных (познавательных) процессов;
восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;
выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;
обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;
выработка навыков обращения с бытовыми приборами;
обучение элементарным навыкам общения с окружающими;
коррекция когнитивных (познавательных) процессов;
помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;
работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Особенности реабилитационных мероприятий в детском возрасте

Продолжительность медицинской реабилитации определяется тяжестью патологических расстройств и продолжительностью стационарного лечения.

Условия оказания медицинской реабилитации – специализированный стационар, удовлетворяющий потребности лечения данной конкретной патологии (терапевтического, неврологического, нейрохирургического профиля). Состояния, связанные с экстренной и тяжелой патологией - в ОИТР соответствующего профиля.

Дозировки лекарств и объем реабилитационных мероприятий должны быть адаптированы с учетом возраста ребенка.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

Общая характеристика

Делирий – этиологически неспецифический синдром, характеризующийся сочетанным расстройством сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций и ритма сна-бодрствования. Делирий является частым спутником деменций при болезни Альцгеймера, сосудистой деменции, сопровождает многие инфекции, интоксикации, соматические болезни, особенно в пожилом возрасте. Продолжительность делирия может варьировать от нескольких часов до нескольких месяцев, а интенсивность – от спутанности до тяжелых аментивных расстройств сознания.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: восстановление нарушенного сознания и ориентировки, коррекция поведения, восстановление прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре или отделении интенсивной терапии и реанимации (далее - ОИТР) психиатрического стационара (или на койках интенсивной терапии психиатрического стационара при отсутствии ОИТР).

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Схема клинико-функционального диагноза

при делирии, не обусловленном алкоголем и другими ПАВ:

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10 (инфекционный психоз, мозговой синдром, органическая реакция, психоорганический синдром, состояние спутанности);

характер начала основного заболевания;

название заболевания, обуславливающего или необуславливающего основное заболевание;

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

нарушения психических функций (степень их выраженности);

психомоторные расстройства;

соматические нарушения;

реабилитационный потенциал;

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

после выхода из болезненного состояния.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности.

Реабилитационные мероприятия проводятся после редукции острой психотической симптоматики.

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении делирия, не обусловленного алкоголем и другими психоактивными веществами;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;
 выработка навыков обращения с бытовыми приборами;
 обучение элементарным навыкам общения с окружающими;
 коррекция когнитивных (познавательных) процессов;
 помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Особенности реабилитационных мероприятий в детском возрасте

Продолжительность медицинской реабилитации определяется тяжестью патологической симптоматики и продолжительностью стационарного лечения.

Условия оказания медицинской реабилитации - специализированный стационар, удовлетворяющий потребности лечения данной конкретной патологии (терапевтического, неврологического, нейрохирургического профиля). Состояния, связанные с экстренной и тяжелой патологией - в ОИТР соответствующего профиля.

Дозировки лекарств и объем реабилитационных мероприятий должны быть адаптированы с учетом возраста ребенка.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F05.0

Делирий, не возникающий на фоне деменции

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F05.

F05.1

Делирий, возникающий на фоне деменции

Общая характеристика

Делирий, возникающий на фоне деменции, характеризуется:

расстройством сознания (помрачение сознания, т.е. снижение ясности осознания окружающей действительности, с нарушением способности сосредоточивать, поддерживать или переключать внимание);

расстройством когнитивного функционирования (нарушением непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события при относительной сохранности памяти на отдаленные события; дезориентировкой во времени, месте или собственной личности);

психомоторными расстройствами (быстрые непредсказуемые переходы от гипоактивности к гиперактивности, замедление реакций, ускоренная или замедленная речь, повышенный четверохолмный рефлекс);

нарушением схемы сна-бодрствования (бессонница, утяжеление симптоматики в ночное время, беспокойные сновидения и кошмары, которые после пробуждения могут продолжаться в форме галлюцинаций или иллюзий).

Отмечаются быстрое развитие и суточные колебания симптоматики.

Деменция бывает разной степени выраженности, включая локальные выпадения высших корковых функций или тотальное когнитивно-мнестическое снижение.

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F05.

F05.8

Другой делирий

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F05.

F05.9

Делирий неуточненный

Этапы, уровни, условия, цель и ожидаемые результаты, продолжительность оказания медицинской реабилитации, реабилитационные мероприятия, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F05.

F06

Другие психические расстройства, обусловленные повреждением или дисфункцией головного мозга либо соматическим заболеванием

Общая характеристика

Данные расстройства бывают вследствие первичного мозгового заболевания (ЧМТ, инсульт, эпилепсия и др.) либо соматического заболевания,

вторично поражающего головной мозг (эндокринные болезни, системная красная волчанка и др.), либо с экзогенной интоксикацией (исключая ПАВ).

Отмечается наличие связи между развитием (или выраженным обострением) основного заболевания (повреждения или дисфункции мозга) и началом психического расстройства, возникающего сразу же или немного позднее.

Расстройство проходит (либо наступает значительное улучшение психического состояния) после выздоровления от предполагаемого основного заболевания или при ослаблении действия причинных факторов.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: восстановление психических функций, упорядочивание поведения.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре или амбулаторно, в зависимости от тяжести психических расстройств и наличия социальной поддержки.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации (определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики; в основном совпадает с продолжительностью симптоматического лечения):

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении психических расстройств, обусловленных повреждением или дисфункцией головного мозга либо соматическим заболеванием;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение

пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко - доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков (использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости);

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам определяется потребностями личности:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке;

выработка адекватных коммуникативных навыков, направленных на изменение межличностных отношений в семье.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

создание привычной для пациента домашней обстановки и микросоциальной среды таким образом, чтобы вызвать коррекцию продуктивных психофизиологических нарушений и способствовать стимуляции активности пациента в преодолении дефицитарных расстройств;

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.) стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.0

Органический галлюциноз

Общая характеристика

Расстройство проявляется постоянными стойкими или рецидивирующими галлюцинациями в одной или нескольких сферах (преимущественно зрительными и слуховыми, реже – тактильными или обонятельными).

Сознание при этом не нарушено, относительно сохранена критика, вполне сохранены когнитивные функции.

Отсутствует доминирующее расстройство настроения и доминирующие бредовые идеи (иногда развивается бредовая интерпретация галлюцинаций).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: упорядочивание поведения, редукция галлюцинаторных расстройств, восстановление социальной, трудовой и семейной адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации:

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики)

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий

жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3) после купирования галлюцинаторной симптоматики.

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органических, включая симптоматических, психических расстройств;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

частая ориентировка пациента в действительности и окружении;

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за пациентом);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F 06.1

Органическое кататоническое расстройство

Общая характеристика

Расстройство характеризуется сниженной или повышенной психомоторной активностью (состояниями либо кататонического ступора, либо кататонического возбуждения), а также изолированными симптомами кататонии: мутизмом, негативизмом, персеверативной деятельностью, гипокинезией, мышечной ригидностью.

Расстройство возникает как следствие церебральной патологии (сосудистая патология, эпилепсия и другие), инфекционных заболеваний (энцефалит), соматических болезней (тиреотоксикоз и другие), отравлений (угарный газ, ингаляционные анестетики и другие).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: упорядочивание поведения, редукция кататонических расстройств, восстановление нарушенных критериев жизнедеятельности.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики)

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органического кататонического расстройства;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F 06.2

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Общая характеристика

В клинической картине расстройства доминируют стойкие или рецидивирующие бредовые идеи (преследования, ревности, воздействия, изобретательства, реформаторства и др.), которые могут сопровождаться галлюцинациями, синдромом психического автоматизма, расстройствами мышления шизофреноподобного типа, изолированными кататоническими симптомами при ясном сознании и сохранности мнестических и когнитивных функций.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: упорядочивание поведения, редукция (или полное купирование) бредовых и галлюцинаторных расстройств,

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики)

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органического бредового (шизофреноподобного) расстройства;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

обучение элементарным навыкам самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F 06.3

Органические расстройства настроения (аффективные)

Общая характеристика

Широкий спектр расстройств настроения, выполняющих, с одной стороны – критерии расстройств настроения из рубрик F30-33, а с другой стороны – критерий четкой причинной и временной связи с установленной органической причиной (смотри F06).

Расстройства характеризуются изменением настроения или аффекта, что обычно сопровождается изменением уровня общей активности.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: коррекция эмоциональных расстройств, расстройств поведения; восстановление прежнего уровня функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях или в амбулаторных условиях (в зависимости от тяжести состояния и наличия социальной поддержки);

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Схема клинико-функционального диагноза при органических расстройствах настроения (аффективных расстройствах):

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10 (маниакальное, депрессивное, биполярное, смешанное);

генез заболевания;

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

нарушения психических функций (степень их выраженности);

психомоторные расстройства;

соматические нарушения;

реабилитационный потенциал;

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики)
 в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев;
 в амбулаторных условиях – до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органических расстройств настроения (аффективных);

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

исправление порожденных болезнью ошибочных суждений и формирование новых форм поведения в межличностных отношениях;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств, формированию сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении);

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

развитие чувства внутреннего контроля;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция аффективных и когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке; развитие чувства собственного достоинства и независимости, способности открыто выражать свои чувства.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

тренинг навыков независимого проживания:

элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

восстановление нарушенных социально-бытовых навыков;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F 06.30

Маниакальное расстройство органической природы

Общая характеристика

Расстройства, характеризующиеся изменением настроения или аффекта (что, в свою очередь, обычно сопровождается изменением уровня общей активности), но возникающие как следствие органического расстройства.

Симптоматика варьирует от гипоманиакального состояния до мании с психотическими симптомами. Выполняются критерии F30 и F06.3.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: редуция эмоциональных расстройств, нормализация настроения, восстановление прежнего уровня функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре или в амбулаторных условиях (в зависимости от тяжести состояния и наличия социальной поддержки).

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики)

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении маниакального расстройства органической природы;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

исправление порожденных болезнью ошибочных суждений и формирование новых форм поведения в межличностных отношениях;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств, формированию сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении);

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

развитие чувства внутреннего контроля;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;
повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;
коррекция аффективных и когнитивных (познавательных) процессов;
восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке; развитие чувства собственного достоинства и независимости, способности открыто выражать свои чувства.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

элементарных навыков самообслуживания: личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности;

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция нарушенных социально-бытовых навыков;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.31

Биполярное расстройство органической природы

Общая характеристика

Расстройства, характеризующиеся изменением настроения или аффекта (что, в свою очередь, обычно сопровождается изменением уровня общей активности), но возникающие как следствие органического расстройства.

Расстройства, которые одновременно удовлетворяют критериям F31 и F06.3.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: коррекция эмоциональных нарушений, нормализация настроения, восстановление прежнего уровня функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре или амбулаторно (в зависимости от тяжести состояния и наличия социальной поддержки).

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации:

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики)

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении биполярного расстройства органической природы;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

исправление порожденных болезнью ошибочных суждений и формирование новых форм поведения в межличностных отношениях;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня

раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств, формированию сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении);

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

развитие чувства внутреннего контроля;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция аффективных и когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке; развитие чувства собственного достоинства и независимости, способности открыто выражать свои чувства.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания

элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция нарушенных социально-бытовых навыков;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.32

Депрессивное расстройство органической природы

Общая характеристика

Расстройства, характеризующиеся изменением настроения или аффекта (что, в свою очередь, обычно сопровождается изменением уровня общей активности), но возникающие как следствие органического расстройства.

Выполняются одновременно критерии F31 и F06.3.

Симптоматика варьирует от субдепрессивного состояния до тяжелой депрессии с психотическими симптомами.

Цель медицинской реабилитации: коррекция эмоциональных нарушений, нормализация настроения, восстановление прежнего уровня функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре или амбулаторно (в зависимости от тяжести состояния и наличия социальной поддержки).

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации:

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики)

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

- информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении депрессивного расстройства органической природы;
- преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;
- осознание серьезности и тяжести заболевания;
- исправление порожденных болезнью ошибочных суждений и формирование новых, недепрессивных, форм поведения в межличностных отношениях;
- выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;
- профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);
- обеспечение регулярности приема лекарственных средств, формированию сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;
- профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении);
- формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;
- преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;
- развитие чувства внутреннего контроля;
- создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;
- повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

- снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);
- обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;
- коррекция аффективных и когнитивных (познавательных) процессов;
- восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке; развитие чувства собственного достоинства и независимости, способности открыто выражать свои чувства.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

- сохранение «привычным» для пациента режима дня;
- выработка навыков независимого проживания:*
- элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);
- создание привычной для пациента домашней обстановки;
- обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;
- выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;
 коррекция нарушенных социально-бытовых навыков;
 помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;
 работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.33

Органическое смешанное расстройство настроения

Общая характеристика

Расстройства, характеризующиеся изменением настроения или аффекта (что, в свою очередь, обычно сопровождается изменением уровня общей активности), но возникающие как следствие органического расстройства.

Расстройство, которое удовлетворяет одновременно критериям F31.6 и F06.3.

Для расстройства характерна смешанная депрессивная и маниакальная симптоматика, либо быстрая смена аффекта (альтернирующая симптоматика от мании к депрессии и наоборот).

Цель медицинской реабилитации: коррекция эмоциональных расстройств, нормализация настроения, восстановление прежнего уровня функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре или амбулаторно (в зависимости от тяжести состояния и наличия социальной поддержки).

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации:

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики)

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органического смешанного расстройства настроения;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.4

Ограниченное тревожное расстройство

Общая характеристика

Характерны клинические симптомы и критерии генерализованного тревожного расстройства (F41.1) либо панического расстройства (F41.0) или их комбинация в сочетании с критериями F06.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: уменьшение тревоги или значительное снижение частоты панических атак, упорядочивание поведения, восстановление прежнего уровня функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях;

при тяжелой тревоге – в условиях стационара.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации:

амбулаторно или стационарно – от 2 недель до 1-2 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органического тревожного расстройства;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;
 формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;
 создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;
 повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;
 коррекция когнитивных (познавательных) процессов;
 восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;
 обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;
 выработка навыков обращения с бытовыми приборами;
 обучение элементарным навыкам общения с окружающими;
 коррекция когнитивных (познавательных) процессов;
 помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или

индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.5

Органическое диссоциативное расстройство

Общая характеристика

Расстройство характеризуется частичной или полной потерей нормальной интеграции между воспоминаниями о прошлом, осознанием самоидентичности и непосредственных ощущений, а также контролем над движением тела, но возникает как следствие органического расстройства.

Расстройство отвечает критериям одной из подкатегорий F44.0- F44.8 и одновременно критериям органического расстройства F06.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: упорядочивание поведения, коррекция когнитивных функций, восстановление социального функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

как правило, амбулаторные условия;

при тяжелых состояниях - в условиях психиатрического стационара.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации

(определяется продолжительностью и тяжестью симптоматики):

в условиях стационара – от 2 недель до 1-2 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органического диссоциативного расстройства;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной

среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.) стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.6

Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство

Состояние, которое характеризуется недержанием аффекта или выраженной и постоянной эмоциональной лабильностью (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций), утомляемостью или разнообразными неприятными физическими ощущениями (например, головокружениями и болями), но возникает вследствие органического поражения головного мозга.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: редукция астенической симптоматики, стабилизация настроения, повышение трудоспособности.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

амбулаторные;

при тяжелых состояниях – стационарные условия.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

(зависит от клинического состояния) - от 1 месяца до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении органического эмоционального лабильного (астенического) расстройства;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработку навыков обращения с бытовыми приборами;
 обучение элементарным навыкам общения с окружающими;
 коррекцию когнитивных (познавательных) процессов;
 помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;
 работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.7

Легкое когнитивное расстройство

Общая характеристика

Ни один из симптомов этого расстройства не достигает уровня, который бы соответствовал выполнению критериев деменции (F00-F03) или делирия (F05.-).

Расстройство характеризуется нарушением когнитивного функционирования (в течение двух недель на протяжении большей части времени) и проявляется затруднениями в любой из следующих сфер:

память (особенно воспроизведение) или усвоение нового материала;

внимание или концентрация;

мышление (например, абстрагирование или разрешение проблем);

язык и речь (например, понимание, подбор слов и др.);

зрительно-пространственные функции.

Расстройство ведет к снижению умственной продуктивности и работоспособности, что приводит к нарушению социального функционирования.

Расстройство возникает как следствие перенесенного органического заболевания (дисфункции) мозга, другого соматического или инфекционного заболевания.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: улучшение когнитивных функций, повышение умственной продуктивности и работоспособности, восстановление нарушенных психических функций, восстановление прежнего уровня социального функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

амбулаторные;

при неэффективности – в условиях стационара.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

амбулаторно или стационарно от 2 недель до 3 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении легкого когнитивного расстройства;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F06.8

Другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения дисфункции головного мозга и физической болезни

F07

Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью или дисфункцией головного мозга

Общая характеристика

Расстройства личности и поведения могут развиваться как сопутствующие либо как остаточные явления по отношению к заболеванию, повреждению или дисфункции головного мозга.

Отсутствует помрачение сознания или значительное нарушение памяти.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: упорядочивание поведения, нормализация эмоциональной сферы, улучшение когнитивных функций, повышение уровня социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

чаще амбулаторные условия;

при неэффективности – стационарные условия.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации:

амбулаторно или стационарно от 2 недель до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении расстройств личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня

раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F07.0

Органическое расстройство личности

Общая характеристика

Органическое расстройство личности характеризуется значительными изменениями привычного паттерна преморбидного поведения (на протяжении шести или более месяцев) и затрагивает выражение эмоций, потребностей и влечений.

Расстройство проявляется:

постоянно сниженной способностью поддерживать целенаправленную деятельность (страдает способность предвидеть и планировать последствия своих действий);

когнитивными нарушениями (чрезмерной подозрительностью и параноидными идеями, сосредоточенностью на какой-либо одной теме или жесткой категоричностью в оценке поведения других людей);

вязкостью мышления, излишне детализированным мышлением;

выраженным изменением количества речевой продукции и темпа речи наряду с появлением таких признаков, как обстоятельность, свержключаемость, вязкость и гиперграфия;

эмоциональной лабильностью (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций);

эйфорией и склонностью к плоским и неуместным шуткам;

раздражительностью и (или) вспышками гнева и агрессии;

апатией;

расторженностью проявления потребностей и влечений (не принимаются во внимание социальные нормы и не учитываются возможные

последствия, что приводит к антисоциальным действиям, таким как воровство, демонстрация неадекватных сексуальных притязаний, гиперсексуальность или изменение полового предпочтения) либо выразаться в крайнем пренебрежении к личной гигиене.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: упорядочивание поведения, улучшение когнитивных функций, нормализация эмоциональной сферы, повышение уровня социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

чаще амбулаторные условия;

при неэффективности – стационарные условия.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность этапа оказания медицинской реабилитации:

амбулаторно или стационарно от 2 недель до 6 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении расстройств личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F07.1

Постэнцефалитический синдром

Общая характеристика

Расстройство обусловлено резидуальными неспецифическими изменениями, наблюдаемыми после выздоровления от вирусного или бактериального энцефалита. Эти изменения, как правило, обратимы.

Основные симптомы:

- астения;
- эмоциональная лабильность;
- апатия или раздражительность, нетерпеливость, склонность к конфликтам;
- повышенная истощаемость;
- нарушение схемы сна-бодрствования;
- нарушения в сексуальной сфере;
- негрубое снижение когнитивного функционирования (трудности усвоения нового материала).

Реже встречается резидуальный неврологический дефицит: паралич, афазия, конструктивная апраксия, акалькулия, глухота, снижение зрения.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: улучшение когнитивных функций, нормализация эмоциональной сферы, упорядочивание поведения, социальная адаптация.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

- 1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения
- 2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения
- 3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

- амбулаторные условия;
- при неэффективности оказания медицинской реабилитации в амбулаторных условиях – стационарные условия.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

амбулаторно или стационарно от 2 недель до 3 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении постэнцефалитического синдрома;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработка навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;
 помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F 07.2

Постконтузионный (посткоммоционный) синдром

Общая характеристика

Расстройство относится к резидуальным проявлениям перенесенной черепно-мозговой травмы (обычно достаточно тяжелой, чтобы привести к потере сознания), предшествующей развитию симптоматики (временной промежуток между ними не превышает четырех недель).

Расстройство проявляется:

жалобами на неприятные ощущения (головную боль, головокружение, общее недомогание, чувство крайней усталости, на непереносимость шума);

эмоциональными изменениями (раздражительностью, утомляемостью, эмоциональной лабильностью, более или менее выраженной тревогой и (или) депрессией);

жалобами на трудности при сосредоточении внимания и выполнении заданий, требующих умственного напряжения, а также на ухудшение памяти;

бессонницей;

снижением толерантности к стрессу, эмоциональным нагрузкам и алкоголю.

Возможно формирование тревоги, фобий, депрессии, ипохондричности с опасениями неблагоприятного исхода болезни.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: улучшение когнитивных функций, повышение умственной работоспособности, нормализация эмоциональной сферы, упорядочивание поведения, социальная адаптация.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

амбулаторные условия;

при неэффективности оказания медицинской реабилитации в амбулаторных условиях – стационарные.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации

(определяется продолжительностью и выраженностью симптоматики):

амбулаторно или стационарно от 2 недель до 3 месяцев.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении постконтузионного (посткоммоционного) синдрома;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;
 развитие чувства внутреннего контроля;
 формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;
 создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;
 повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;
 коррекция когнитивных (познавательных) процессов;
 восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;
выработка навыков независимого проживания:
 выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);
 создание привычной для пациента домашней обстановки;
 обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;
 выработка навыков обращения с бытовыми приборами;
 обучение элементарным навыкам общения с окружающими;
 коррекция когнитивных (познавательных) процессов;
 помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;
 работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;
 социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

F07.8

Другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга

Общая характеристика

Расстройства, не отвечающие критериям F00 – F06, например:

когнитивные, эмоциональные и поведенческие нарушения, не достигающие степени деменции при прогрессирующих неврологических расстройствах (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, Пика и другие), правополушарные органические аффективные расстройства.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: восстановление нарушенных психических функций, улучшение когнитивных функций, повышение умственной работоспособности, коррекция аффективных и поведенческих нарушений, социальная адаптация.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-ый уровень – районные, городские организации здравоохранения

2-ой уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения

3-ий уровень – республиканские организации здравоохранения

Условия оказания медицинской реабилитации:

амбулаторные;

при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения и выраженных психических нарушениях, при необходимости уточнения диагноза – в психиатрическом стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации (определяется клинической целесообразностью, продолжительностью и выраженностью психических функций, основным курсом лечения) и составляет:

в психиатрическом стационаре – от 2 недель до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 2 лет.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками:

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении других органических расстройств личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения пациента с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям; повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

снижение тревоги, страхов, агрессивности (в форме обучения и психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным);

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента;

коррекция когнитивных (познавательных) процессов;

восстановление ориентировки в собственной личности, времени и окружающей обстановке.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

сохранение «привычным» для пациента режима дня;

выработка навыков независимого проживания:

выработка элементарных навыков самообслуживания (личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи, посещение туалета и соблюдение навыков опрятности);

создание привычной для пациента домашней обстановки;

обеспечение освещения в ночное время и наличия ориентиров, облегчающих пациенту поиск нужных ему предметов и помещений;

выработку навыков обращения с бытовыми приборами;

обучение элементарным навыкам общения с окружающими;
коррекцию когнитивных (познавательных) процессов;
помощь в подготовке и восстановлении документов для решения социальных вопросов.

Терапия занятостью (эрготерапия) представлена следующими видами:

настольные игры;

работа с природным материалом, пластилином, красками, карандашами, бумагой;

социокультурные мероприятия (музыкальные занятия, просмотр и обсуждение фильмов).

трудовая терапия (элементарные трудовые действия, которые обеспечивают активность пациентам и помогают в борьбе с такими осложнениями, как легочные заболевания, контрактуры, потеря аппетита и др.)

стимуляция физической активности (ЛФК, массаж, психомоторный тренинг и т.д.).

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F00-F03.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ F10 - F19

Общая характеристика

Расстройства, которые, различаясь по степени тяжести и клиническим формам, объединены тем, что все они объясняются употреблением одного или нескольких психоактивных веществ (назначенных врачом или получаемых иными путями).

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты при острой интоксикации

Цель: после устранения интоксикации предупреждение развития осложнений, достижение состояния трезвости.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления ПАВ;
прекращение рискованных видов потребления ПАВ;
улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты при употреблении ПАВ с вредными последствиями

Цель: коррекция негативных последствий потребления ПАВ, при невозможности достижения – мотивация на полное прекращение употребления ПАВ.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления ПАВ;
прекращение рискованных видов потребления ПАВ;
улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты при состоянии отмены ПАВ

Цель: после купирования состояния отмены предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к ПАВ;

формирование мотивации на прекращение потребления ПАВ (на снижение частоты и объемов употребления ПАВ, на прекращение рискованных видов потребления ПАВ (их сочетаний));

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты при синдроме зависимости от ПАВ

Цель: после прекращения употребления ПАВ коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления ПАВ;
снижение частоты и объемов употребления ПАВ;
уменьшение негативных последствий потребления ПАВ, прекращение рискованных видов потребления ПАВ;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты при психотических расстройствах вследствие употребления ПАВ

Цель: после купирования симптомов - предупреждение осложнений.

Ожидаемые результаты:

при отсутствии бреда и галлюцинаций – наличие сформированной критики к перенесенному психотическому расстройству;

наличие осознания связи психотических расстройств и употребления ПАВ.

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты при резидуальных и отсроченных психических расстройствах вследствие употребления ПАВ

Цель: после купирования симптоматики – коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;
сохранение способности к самостоятельному проживанию;
достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;

улучшение качества жизни и социального функционирования.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации: медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания в зависимости от тяжести и остроты психотических расстройств, длительности и объемов употребления ПАВ, тяжести поведенческих расстройств.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации: медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания в зависимости от тяжести и остроты психотических расстройств, длительности и объемов употребления ПАВ, тяжести поведенческих расстройств.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);
- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность проведения реабилитационных мероприятий определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности (в зависимости от тяжести и выраженности симптоматики, длительности и объемов употребления ПАВ, формы расстройства вследствие употребления ПАВ).

В стационарных условиях:

при острой интоксикации – от 1 до 5-10 дней;

при употреблении ПАВ с вредными последствиями – индивидуально;

при синдроме зависимости – от 14 дней до 2 месяцев;

при состоянии отмены – от 7-14 дней до 2 месяцев.

В амбулаторных условиях:

при употреблении ПАВ с вредными последствиями – до 1-3 месяцев;

при синдроме зависимости от ПАВ – до 6-12 месяцев;

при состоянии отмены – от 7-14 дней до 2 месяцев.

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих (психиатрических и соматических) противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления ПАВ:

код по МКБ-10;

нозологическая форма основного заболевания по МКБ-10 (острая интоксикация, употребление с вредными последствиями, синдром зависимости, состояние отмены, психотическое расстройство, амнестический синдром);

генез заболевания (каким ПАВ вызвано данное заболевание);

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

клиническую форму заболевания, осложняющего основное заболевание;

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

оценка психических расстройств (степень выраженности);

оценка ограничений жизнедеятельности, их стойкость и степень выраженности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:

психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;

лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);

обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз (смотри F10-F19)**;

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культорганизатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и дестигматизации психических расстройств):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении деменции;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко - доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция и психологическое консультирование пациентов, направленные на снятие тревоги, страха, агрессивности, улучшение когнитивных способностей:

ориентирование в действительности и окружении;

недопущение умственного переживания негативных мыслей;

уменьшение количества раздражителей;

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении;

побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни;

повышение самооценки - сосредоточение внимания на достижениях;

психологическая поддержка родственников, осуществляющих уход за пациентами:

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания;

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой деятельности: личной гигиены, одевания, раздевания, приема пищи – обеспечение высококалорийной и витаминизированной диеты, питьевого режима - контроль количества принятой и выделенной жидкости; следует избегать внезапного перехода к новым процедурам, темам или действиям);

работа с пациентами социально-уязвимых категорий;

помощь в оформлении документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

проведение с пациентами тренингов по формированию навыков независимого проживания (коммуникативных, социально-бытовых, здорового образа жизни);

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью снижения уровня тревожности, отвлечения от негативных мыслей, развития творческого потенциала, улучшения когнитивных функций.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием карандашей и туши, пастельного мела, масляного мела, акриловых красок) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, соленого теста) по теме, при помощи фантазии (простые формы);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги по теме, при помощи фантазии;

аппликацией (с использованием бумаги, картона, природного материала) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

рукоделием (с использованием тканей и ниток ярких цветов) по теме, при помощи фантазии.

Трудовая терапия представлена:

работой с древесиной с использованием следующих видов работ: обработка наждачной бумагой, полировка, закручивание шурупов по теме, при помощи фантазии;

работой с использованием высушенных цветков, листьев, шишек, желудей, мха, фасоли, гороха по теме, при помощи фантазии;

работа с бумагой (по теме, при помощи фантазии), сложные формы;

работой с глиной (по теме, при помощи фантазии);

работой с текстилем (по теме, при помощи фантазии, групповой картины).

Социокультурные мероприятия представлены:

музыкотерапией (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, участие в проведении музыкальных мероприятий);

кинотерапией (просмотр и обсуждение кинофильмов);

сказкотерапией (прослушивание, просмотр и участие в постановке сказок);

участие в постановке праздничных концертов и спектаклей.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента; даются рекомендации по продолжению или прекращению реабилитационных мероприятий.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации - осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам:

- с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций;

- с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-м этапе медицинской реабилитации:

выставляется *клинико-функциональный диагноз (смотри F10-F19)*;

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и дестигматизации психических и поведенческих расстройств):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении деменции;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция и психологическое консультирование пациентов, направленные на снятие тревоги, агрессивности, улучшение когнитивных способностей (ориентирование в действительности и окружении, недопущение умственного переживания негативных мыслей, уменьшение количества раздражителей, обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении, побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни, повышение самооценки - сосредоточение внимания на достижениях);

психологическая поддержка родственников, осуществляющих уход за пациентами:

оказание помощи пациентам во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появлении побочных эффектов от приема лекарственных средств; коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

помощь в расстановке мебели в таком порядке, который наилучшим образом будет соответствовать особенностям их несостоятельности; организация хранения вещей в легкодоступном месте; организация хранения в недоступных местах всех потенциально опасных вещей; поддержка наличия небольшого количества раздражителей в окружении пациента; поддержка спокойного обращения с пациентом; обеспечение чувства уверенности и

стабильности в окружении пациента (с целью профилактики травматизма и проявлений насилия, направленного на себя или на других пациентов);
 избегание внезапного перехода к новым темам или действиям;
 изменение процессов мышления, ощущения и восприятия (частое ориентирование пациента в действительности и окружении, побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни пациента);
 тренинг социально-бытовых, коммуникативных навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;
 повышение самооценки;
 оформление инвалидности;
 оформление опекуна;
 оформление документов и устройство в дом-интернат по показаниям;
 помощь в сохранении трудоспособности, в выборе и получении новой профессии;
 реализация льгот, предоставляемых государством;
 контроль выдачи больничных листов;
 спонсорская и гуманитарная помощь;
 морально-психологическая поддержка пациентов и их родственников при адаптации к новым условиям;
 предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам

Эрготерапия с пациентами проводится с целью снижения уровня тревожности, отвлечения от негативных мыслей, развития творческого потенциала, улучшения когнитивных способностей, повышения самооценки.

В любой стадии эрготерапия может быть закончена или вновь начата.

Эрготерапия с пациентами проводится в виде: терапии искусством, трудовой терапии, социокультурных мероприятий.

Терапия искусством представлена: рисованием, лепкой, работой с бумагой, рукоделием.

Трудовая терапия представлена: работой с природным материалом, работой с глиной, работой с текстилем, работой с прутьями; в трудовых мастерских работой с древесиной, работой с картоном, с тканью (сложные формы).

Социокультурные мероприятия представлены: кинотерапией, музыкотерапией, посещением выставок, театров музеев, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента; даются рекомендации по продолжению или прекращению реабилитационных мероприятий.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз (смотри F10-F19)**;

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

F10

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя

F10.0

Острая интоксикация алкоголем

Общая характеристика

Острая интоксикация алкоголем – это состояние, которое характеризуется нарушением сознания, когнитивных функций, эмоций, восприятия и поведения, вследствие употребления алкоголя.

Острая интоксикация проявляется: расторможенностью, склонностью затевать споры, агрессивностью, лабильностью настроения, нарушением внимания, снижением способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки, нарушением повседневной деятельности.

Могут присутствовать следующие симптомы: шаткость походки, смазанная речь, нистагм, сниженный уровень сознания, покраснение лица, инъекцированность склер.

В тяжелых случаях острая интоксикация алкоголем может сопровождаться гипотензией, гипотермией, угнетением рвотного рефлекса.

Выделяют степени интоксикации алкоголем:

легкая степень – 0,5 - 1,5 промилле алкоголя в крови (проявляется неустойчивостью при ходьбе, смазанной речью, снижением критичности и уменьшением контроля над своими поступками);

средняя степень – 1,5 – 2,5 промилле алкоголя в крови (проявляется эйфорией, которая может сменяться раздражительностью и агрессией);

тяжелая степень – 2,5 – 4 промилле алкоголя в крови (к вышеуказанным симптомам присоединяется нарушение ориентации в месте и времени);

алкогольная кома – выше 4 промилле алкоголя в крови (проявляется угнетением сознания и является опасным для жизни состоянием).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после устранения интоксикации - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

достижение состояния трезвости;
 снижение частоты и объемов употребления алкоголя;
 улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Условия оказания медицинской реабилитации

В стационарных условиях: в отделении токсикологии или в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

при острой интоксикации – от 1 до 5-10 дней (соответственно курсу лечения).

Этапы, уровни оказания медицинской реабилитации – смотри F10 – F19.

Схема клинико-функционального диагноза при острой интоксикации алкоголем:

код по МКБ-10;
 нозологическое название по МКБ-10 (острая интоксикация);
 название употребляемого психоактивного вещества (одного или нескольких), вызвавшего острую интоксикацию;
 осложнения (соматические, неврологические, психические, поведенческие);
 стадия заболевания;
 тип течения;
 оценка нарушений психических функций (по степени тяжести);
 оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);
 реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);
 реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию, осознания связи психических расстройств и употребления алкоголя, формирования мотивации

пациента на прекращение употребления алкоголя, достижения стабильного упорядоченного поведения, повышения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении и лечении психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя;

информирование о мерах по снижению частоты и объемов употребления алкоголя, мерах по уменьшению негативных медицинских и социальных последствий употребления алкоголя, мерах по формированию мотивации на прекращение криминальной активности и нормализации отношений в семье;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения с проявлением насилия, направленного на себя или других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция пациентов, направленная на снятие тревоги, агрессивности, улучшение когнитивных функций, повышение самооценки (неоднократное ориентирование пациента в месте, времени, собственной личности; недопущение умственного переживания негативных мыслей; использование расслабляющих упражнений; уменьшение количества раздражителей, обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении; сосредоточение внимания на достижениях);

участие пациентов в группах взаимопомощи «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», «Дети алкоголиков»;

психологическое консультирование пациентов по формированию мотивации на прекращение употребления алкоголя (на снижение частоты и объемов употребления алкоголя, на прекращение рискованных видов потребления алкоголя);

психологическая поддержка родственников:

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств; коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье,

способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой деятельности: личной гигиены; одевания; приема легкоусвояемой пищи, богатой углеводами – часто и малыми порциями с ежедневным взвешиванием; контроль питьевого режима с исключением напитков, содержащих кофеин; контроль режима сна);

проведение с пациентами тренинга по формированию навыков независимого проживания;

проведение с пациентами и их родственниками тренинга навыков по формированию здорового образа жизни;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента.

F10.07

Патологическое опьянение

Общая характеристика

Патологическое опьянение развивается очень быстро (через несколько минут) после приема алкоголя в количестве, недостаточном для того, чтобы вызвать острую интоксикацию.

Патологическое опьянение может длиться от нескольких минут до нескольких часов и заканчивается длительным сном.

Развивается делирий или сумеречное состояние сознания с психомоторным возбуждением, агрессивностью (в словесной форме или в актах физического насилия, нетипичных для поведения в трезвом состоянии), галлюцинациями.

Происходившие во время опьянения события амнезируются.

Предрасполагающим фактором являются: наличие органических психических расстройств, эпилепсии и других судорожных состояний, черепно-мозговых травм в анамнезе, астении, инсомнии.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после устранения интоксикации - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

достижение состояния трезвости;

снижение частоты и объемов употребления алкоголя;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений

(достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Этапы, уровни, условия, продолжительность, оказания медицинской реабилитации, оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F10 – F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри **F10.0**.

F10.1

Употребление алкоголя с вредными последствиями

Общая характеристика Употребление с вредными последствиями – это паттерн употребления ПАВ, следование которому наносит ущерб (физическому или психическому) здоровью (включая нарушение поведения, снижение способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки).

Паттерн употребления сохранялся минимум месяц или периодически повторялся на протяжении предыдущих 12 месяцев.

Вредные последствия могут быть физическими (например, в случае заражения гепатитом вследствие самовведения инъекционных наркотиков) или в форме психических нарушений (например, эпизоды вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция негативных последствий потребления алкоголя, при невозможности достижения – мотивация на полное прекращение употребления алкоголя.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления алкоголя;
улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторных условиях;

в стационарных условиях – определяется индивидуально.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях – до 1-3 месяцев.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри **F10.0**.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F10.3

Состояние отмены алкоголя

Общая характеристика

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема алкоголя после некоторого периода его постоянного многократного употребления в высоких дозах.

Состояние отмены возникает в период от 6 до 48 ч после последнего употребления алкоголя и длится от 2-3 дней до 2-3 недель.

Состояние отмены характеризуется комплексом вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих вслед за прекращением или резким сокращением длительного и массивного пьянства.

Состояние отмены проявляется:

- тремором языка, век, вытянутых рук;
- потливостью;
- тошнотой или рвотой;
- тахикардией или гипертензией;
- психомоторным возбуждением;
- головной болью;
- бессонницей;
- чувством недомогания или слабости;
- транзиторными галлюцинациями (зрительными, тактильными, слуховыми) либо иллюзиями;
- в некоторых случаях – большими судорожными припадками.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к алкоголю;

формирование мотивации на прекращение потребления алкоголя (на снижение частоты и объемов употребления алкоголя, полное воздержание от спиртного);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях преимущественно;
у детей – рекомендовано в стационарных условиях;
в амбулаторных условиях – при наличии социальных (медицинских) противопоказаний, отказе пациента от госпитализации, отсутствии поддержки родственников.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в стационарных и амбулаторных условиях – от 7-14 до 28 дней (соответствует основному курсу лечения).

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F10.3**Состояние отмены алкоголя с делирием****Общая характеристика**

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема алкоголя после некоторого периода его постоянного многократного употребления в высоких дозах.

Состояние отмены проявляется:

тремором языка, век, вытянутых рук;
потливостью;
тошнотой или рвотой;
тахикардией или гипертензией;
психомоторным возбуждением;
головной болью;
бессонницей;
чувством недомогания или слабости;
транзиторными галлюцинациями (зрительными, тактильными, слуховыми) либо иллюзиями;

симптомами делирия (помрачение сознания (снижение ясности осознания окружающей действительности с нарушением способности сосредоточивать,

поддерживать или переключать внимание); расстройство когнитивного функционирования (нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события при относительной сохранности памяти на отдаленные события; дезориентировка во времени, месте, собственной личности); могут присутствовать симптомы психомоторных расстройств (непредсказуемые переходы от гипоактивности к гиперактивности, замедление реакций, ускоренная или замедленная речь, повышенный четверохолмный рефлекс).

В тяжелых случаях отмечаются судорожные припадки.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к алкоголю;

формирование мотивации на прекращение потребления алкоголя (на снижение частоты и объемов употребления алкоголя, полное воздержание от спиртного);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия и продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F10.3.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F10.31

Состояние отмены алкоголя с судорогами

Общая характеристика

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном

прекращении приема алкоголя после некоторого периода его постоянного многократного употребления в высоких дозах.

Состояние отмены проявляется:

тремором языка, век, вытянутых рук;

потливостью;

тошнотой или рвотой;

тахикардией или гипертензией;

психомоторным возбуждением;

головной болью;

бессонницей;

чувством недомогания или слабости;

транзиторными галлюцинациями (зрительными, тактильными, слуховыми) либо иллюзиями;

большими судорожными припадками.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к алкоголю;

формирование мотивации на прекращение потребления алкоголя (на снижение частоты и объемов употребления алкоголя, полное воздержание от спиртного);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия и продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F10.3.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F10.2

Синдром зависимости от алкоголя

Общая характеристика

Синдром зависимости – это сочетание физиологических, когнитивных, поведенческих нарушений, развивающихся после многократного употребления алкоголя.

Синдром зависимости проявляется:

наличием сильного желания принимать данное вещество или чувство навязчивого влечения к приему данного вещества;

ослаблением контроля над его приемом (начало и окончание употребления или принятую дозу), о чем свидетельствуют его употребление в большом количестве или на протяжении длительного времени;

наличием физиологического состояния отмены, развивающегося при прекращении или сокращении приема вещества;

продолжением употребления, несмотря на вредные последствия (даже при осведомленности о характере этих последствий и степени их серьезности);

наличием высокого приоритета употребления данного вещества по сравнению с любыми другими видами деятельности и обязательствами;

возросшей толерантностью к действию вещества (явное ослабление эффекта при непрерывном регулярном приеме одной и той же дозы вещества либо значительное повышение дозы).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления алкоголя коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления алкоголя;

снижение частоты и объемов употребления алкоголя;

полное воздержание от спиртного;

уменьшение негативных последствий потребления алкоголя;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях:

при неудачных попытках реабилитации в амбулаторных условиях;

при наличии неблагоприятного социального окружения;

при слабой поддержке родственников;

при сопутствующих психических или соматических заболеваниях;

при стойком желании проходить реабилитацию в стационаре и у несовершеннолетних;

в амбулаторных условиях – в остальных случаях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях – от 14 дней до 2 месяцев;

в амбулаторных условиях – до 6-12 месяцев (соответствует основному курсу лечения).

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F10.5

Психотическое расстройство в результате употребления алкоголя

Общая характеристика

Психотическое расстройство – это комплекс психотических явлений, возникающих во время или после употребления (в пределах двух недель после завершения приема) алкоголя, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены.

Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов.

Длительность расстройства не превышает 6 месяцев.

Психотическое расстройство проявляется:

яркими галлюцинациями;

искажениями восприятия;

бредом (часто параноидного или персекуторного характера;

психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором);

патологическим аффектом (варьирующим от сильного страха до экстаза).

Сознание обычно ясное.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптомов - предупреждение осложнений.

Ожидаемые результаты:

при отсутствии бреда и галлюцинаций – наличие сформированной критики к перенесенному психотическому расстройству;

наличие осознания связи психотических расстройств и употребления алкоголя;

уменьшение количества употребляемого алкоголя;

уменьшение частоты употребления алкоголя;

полное воздержание от спиртного;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F10.6

Амнестический синдром в результате употребления алкоголя (корсаковский синдром)

Общая характеристика

Амнестический синдром проявляется:

выраженным хроническим нарушением памяти преимущественно на недавние и более отдаленные события в степени, достаточной для того, чтобы вызвать затруднения в повседневной жизни;

сниженной способностью к воспроизведению прошлого опыта.

Отмечается отсутствие следующих признаков:

нарушений непосредственного воспроизведения;

помрачения сознания и расстройств внимания;

общего интеллектуального снижения.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: восстановление эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления алкоголя;
 снижение частоты и объемов употребления алкоголя;
 полное воздержание от спиртного;
 уменьшение негативных последствий потребления алкоголя;
 улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);
 формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;
 в стационарных условиях: – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F10.73

Деменция в результате употребления алкоголя

Общая характеристика

При выявлении пациента на уровне первичной медицинской помощи проводится краткосрочное вмешательство врачом или медицинской сестрой той организации, где был выявлен данный пациент без перенаправления к врачу-психиатру-наркологу или психотерапевту.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления алкоголя;
снижение частоты и объемов употребления алкоголя;
полное воздержание от спиртного;
уменьшение негативных последствий потребления алкоголя;
улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);
формирование мотивации на труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;
в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления алкоголя и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F11

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов

F11.0

Острая интоксикация опиоидами

Общая характеристика

Острая интоксикация проявляется:
изменением поведения (апатией, седацией, расторможенностью, психомоторной заторможенностью, нарушением внимания, снижением

способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки, нарушением повседневной деятельности);

сонливостью, смазанной речью, сужением зрачков, снижением уровня сознания (например, ступор или кома);

в тяжелых случаях – угнетением дыхания, гипотермией.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после устранения интоксикации - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

длительное воздержание от употребления опиоидов;

снижение частоты и объемов употребления опиоидов;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления опиоидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия на стационарных этапах (1-й, 2-й, 5-й этапы) определяются тяжестью психопатологической симптоматики, нарушением психических функций и критериев (способностей) жизнедеятельности и проводятся пациентам с умеренными и выраженными нарушениями категорий жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3).

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях (3-й и 4-й этапы) проводятся в зависимости от степени нарушения психических функций и ограничений жизнедеятельности, а также от выраженности психопатологической симптоматики

В амбулаторных условиях ограничены возможности не только лечения лекарственными средствами, но и использования психотерапевтических воздействий (групповой психотерапии и терапии средой).

В амбулаторных условиях продолжается проведение реабилитационных мероприятий, рекомендованных врачом-специалистом согласно плану или индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента (смотри Общие положения).

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом опиоидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления опиоидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление опиоидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента.

F11.3

Синдром зависимости от опиоидов

Общая характеристика

Синдром зависимости от опиоидов – это сочетание физиологических, когнитивных, поведенческих нарушения, развивающихся после многократного употребления опиоидов.

Синдром зависимости проявляется:

наличием сильного желания принимать данное вещество или чувство навязчивого влечения к приему данного вещества;

ослаблением контроля над его приемом (начало и окончание употребления или принятую дозу), о чем свидетельствуют его употребление в большом количестве или на протяжении длительного времени;

наличием физиологического состояния отмены, развивающегося при прекращении или сокращении приема вещества;

продолжением употребления, несмотря на вредные последствия (даже при осведомленности о характере этих последствий и степени их серьезности);

наличием высокого приоритета употребления данного вещества по сравнению с любыми другими видами деятельности и обязательствами;

возросшей толерантностью к действию вещества (явное ослабление эффекта при непрерывном регулярном приеме одной и той же дозы вещества либо значительное повышение дозы).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления опиоидов - коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления опиоидов;

снижение частоты и объемов употребления опиоидов;

уменьшение негативных последствий употребления опиоидов;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления опиоидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом опиоидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления опиоидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление опиоидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F11.4

Состояние отмены опиоидов

Общая характеристика

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема опиоидов после некоторого периода его постоянного многократного употребления в высоких дозах.

Состояние отмены может быть вызвано введением их антагонистов после кратковременного периода употребления опиоидов.

Состояние отмены проявляется:

сильным желанием принять опиоидное средство;

ринореей или чиханием, зевотой;

слезотечением;

тремором языка, век, вытянутых рук;

расширением зрачков;

мышечными болями или судорогами;

абдоминальными спазмами;

тошнотой или рвотой;

диареей;

периодическим ознобом;

тахикардией или гипертензией;
 головной болью;
 бессонницей.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к опиоидам;

формирование мотивации на прекращение употребления опиоидов (на снижение частоты и объемов употребления опиоидов, полное воздержание от употребления опиоидов);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления опиоидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом опиоидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления опиоидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление опиоидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F12

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов

F12.0

Острая интоксикация, обусловленная

употреблением каннабиноидов

Общая характеристика

Острая интоксикация проявляется:

эйфорией и расторможенностью, тревогой или ажитацией, подозрительностью или параноидным мышлением, ощущением замедления времени и (или) переживанием ускоренного течения мыслей, снижением способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки, нарушением внимания, изменением быстроты реакций;

наличием слуховых, зрительных или тактильных иллюзий, галлюцинаций при сохранности ориентировки;

симптомов деперсонализации и дереализации;

нарушением повседневной деятельности;

усилением аппетита, сухостью во рту, инъекцированностью склер, тахикардией.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после устранения интоксикации - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

длительное воздержание от употребления каннабиноидов;

снижение частоты и объемов употребления каннабиноидов;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления каннабиноидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом каннабиноидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления каннабиноидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих

употребление каннабиноидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F12.1

Употребление каннабиноидов с вредными последствиями

Общая характеристика

Употребление с вредными последствиями – это паттерн употребления ПАВ, следование которому наносит ущерб (физическому или психическому) здоровью (включая нарушение поведения, снижение способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки).

Паттерн употребления сохранялся минимум месяц или периодически повторялся на протяжении предыдущих 12 месяцев.

Вредные последствия могут быть физическими (например, в случае заражения гепатитом вследствие самовведения инъекционных наркотиков) или в форме психических нарушений (например, эпизоды вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция негативных последствий употребления каннабиноидов, при невозможности достижения – мотивация на полное прекращение употребления каннабиноидов.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления каннабиноидов;
длительное воздержание от употребления каннабиноидов;
улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;
в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления каннабиноидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом каннабиноидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления каннабиноидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление каннабиноидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F12.2

Синдром зависимости от каннабиноидов

Общая характеристика

Синдром зависимости – это сочетание физиологических, когнитивных, поведенческих нарушения, развивающихся после многократного употребления каннабиноидов.

Синдром зависимости проявляется:

наличием сильного желания принимать данное вещество или чувство навязчивого влечения к приему данного вещества;

ослаблением контроля над его приемом (начало и окончание употребления или принятую дозу), о чем свидетельствуют его употребление в большом количестве или на протяжении длительного времени;

наличием физиологического состояния отмены, развивающегося при прекращении или сокращении приема вещества;

продолжением употребления, несмотря на вредные последствия (даже при осведомленности о характере этих последствий и степени их серьезности);

наличием высокого приоритета употребления данного вещества по сравнению с любыми другими видами деятельности и обязательствами;

возросшей толерантностью к действию вещества (явное ослабление эффекта при непрерывном регулярном приеме одной и той же дозы вещества либо значительное повышение дозы).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления каннабиноидов - коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления каннабиноидов;

снижение частоты и объемов употребления каннабиноидов;

полное воздержание от употребления каннабиноидов;

уменьшение негативных последствий потребления каннабиноидов;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления каннабиноидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом каннабиноидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления каннабиноидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление каннабиноидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F12.3**Состояние отмены каннабиноидов****Общая характеристика**

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема опиоидов после некоторого периода его длительного многократного употребления в высоких дозах.

Продолжительность состояния отмены составляет от нескольких часов до семи дней.

Состояние отмены проявляется:

- тревогой;
- раздражительностью;
- тремором вытянутых рук;
- потливостью;
- мышечными болями.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к каннабиноидам алкоголю;

формирование мотивации на прекращение потребления каннабиноидов (на снижение частоты и объемов употребления алкоголя, полное воздержание от спиртного);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления каннабиноидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом каннабиноидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления каннабиноидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление каннабиноидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F12.5

Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов

Общая характеристика

Психотическое расстройство – это комплекс психотических явлений, возникающих во время или после употребления (в пределах двух недель после завершения приема) каннабиноидов, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены.

Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов.

Длительность расстройства не превышает 6 месяцев.

Психотическое расстройство проявляется:

яркими галлюцинациями;

искажениями восприятия;

бредом (часто параноидного или персекуторного характера; психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором); патологическим аффектом (варьирующим от сильного страха до экстаза). Сознание обычно ясное.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптомов - предупреждение осложнений.

Ожидаемые результаты:

при отсутствии бреда и галлюцинаций – наличие сформированной критики к перенесенному психотическому расстройству;

наличие осознания связи психотических расстройств и употребления каннабиноидов;

уменьшение количества употребления каннабиноидов;

уменьшение частоты употребления каннабиноидов;

достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;

улучшение качества жизни и социального функционирования.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления каннабиноидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом каннабиноидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления каннабиноидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление каннабиноидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

F12.70

Наплывы реминисценций (флэшбэк), вызванные употреблением каннабиноидов

Общая характеристика

Расстройства, при которых, обусловленные употреблением каннабиноидов изменения когнитивных функций, аффекта, личности или поведения, сохраняются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Начало расстройства прямо соотносится с употреблением каннабиноидов.

Выполняются:

общие критерии F07. (расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга);

критерии F06.3 (органические аффективные расстройства);

общие критерии деменции (F00- F03);

критерии F06.7 (легкое когнитивное расстройство), кроме критерия Г;

общие критерии F1x.5 (психотическое расстройство), за исключением срока начала.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

Цель: после купирования симптоматики – коррекция когнитивных, эмоциональных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

уменьшение количества употребления каннабиноидов;
уменьшение частоты употребления каннабиноидов;
полное воздержание от употребления каннабиноидов;
достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;
улучшение качества жизни и социального функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;
в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления каннабиноидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом каннабиноидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления каннабиноидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление каннабиноидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F12.7

Резидуальные и отсроченные психотические расстройства вследствие употребления каннабиноидов

F12.71

Расстройства личности и поведения вследствие употребления каннабиноидов (амотивационный синдром)

Общая характеристика

Психотическое расстройство – это комплекс психотических явлений, возникающих во время или после употребления (в пределах двух недель после

завершения приема) каннабиноидов, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены.

Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов.

Длительность расстройства не превышает 6 месяцев.

Психотическое расстройство проявляется:

яркими галлюцинациями;

искажениями восприятия;

бредом (часто параноидного или персекуторного характера;

психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором);

патологическим аффектом (варьирующим от сильного страха до экстаза).

Сознание обычно ясное.

Резидуальные и отсроченные расстройства – это расстройства, при которых, обусловленные употреблением каннабиноидов изменения когнитивных функций, аффекта, личности или поведения, сохраняются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Начало расстройства прямо соотносится с употреблением каннабиноидов.

Выполняются:

общие критерии F07. (расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга);

критерии F06.3 (органические аффективные расстройства);

общие критерии деменции (F00- F03);

критерии F06.7 (легкое когнитивное расстройство), кроме критерия Г;

общие критерии F1x.5 (психотическое расстройство), за исключением срока начала.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптоматики – коррекция когнитивных, эмоциональных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

длительное воздержание от употребления каннабиноидов;

снижение частоты и объемов употребления каннабиноидов;

предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;

сохранение способности к самостоятельному проживанию;

достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;

улучшение качества жизни и социального функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления каннабиноидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом каннабиноидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления каннабиноидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление каннабиноидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F12.72

Резидуальное аффективное расстройство вследствие употребления каннабиноидов

Общая характеристика

Резидуальные расстройства – это расстройства, при которых, обусловленные употреблением каннабиноидов изменения когнитивных функций, аффекта, личности или поведения, сохраняются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Начало расстройства прямо соотносится с употреблением каннабиноидов.

Выполняются:

общие критерии F07. (расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга);

критерии F06.3 (органические аффективные расстройства);

общие критерии деменции (F00- F03);

критерии F06.7 (легкое когнитивное расстройство), кроме критерия Г;

общие критерии F1x.5 (психотическое расстройство), за исключением срока начала.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптоматики – коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

длительное воздержание от употребления каннабиноидов;

снижение частоты и объемов употребления каннабиноидов;

предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;

сохранение способности к самостоятельному проживанию;

достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;

улучшение качества жизни и социального функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления каннабиноидов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом каннабиноидов; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления каннабиноидов; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление каннабиноидов; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F13

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных и снотворных средств

F13.0

Острая интоксикация седативными и снотворными средствами

Общая характеристика

При выявлении пациента на уровне первичной медицинской помощи проводится краткосрочное вмешательство врачом или медицинской сестрой той организации, где был выявлен данный пациент без перенаправления к врачу-психиатру-наркологу или психотерапевту.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после устранения интоксикации - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления седативных и снотворных средств;

снижение частоты и количества употребления седативных и снотворных средств;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления седативных и снотворных средств и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом седативных и снотворных средств; информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления седативных и снотворных средств; обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление седативных и снотворных средств; поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F13.2**Синдром зависимости от седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов)****Общая характеристика**

Синдром зависимости – это сочетание физиологических, когнитивных, поведенческих нарушения, развивающихся после многократного употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов).

Синдром зависимости проявляется:

наличием сильного желания принимать данное вещество или чувство навязчивого влечения к приему данного вещества;

ослаблением контроля над его приемом (начало и окончание употребления или принятую дозу), о чем свидетельствуют его употребление в большом количестве или на протяжении длительного времени;

наличием физиологического состояния отмены, развивающегося при прекращении или сокращении приема вещества;

продолжением употребления, несмотря на вредные последствия (даже при осведомленности о характере этих последствий и степени их серьезности);

наличием высокого приоритета употребления данного вещества по сравнению с любыми другими видами деятельности и обязательствами; возросшей толерантностью к действию вещества (явное ослабление эффекта при непрерывном регулярном приеме одной и той же дозы вещества либо значительное повышение дозы).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов) - коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

снижение частоты и объемов употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

полное воздержание от употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

уменьшение негативных последствий употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы

бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов) ПАВ и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F13.4

Состояние отмены седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов)

Общая характеристика

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов) после некоторого периода его длительного многократного употребления в высоких дозах.

Состояние отмены проявляется:

- сильным желанием принять седативное или снотворное средство;
- тремором языка, век, вытянутых рук;
- тошнотой или рвотой;
- тахикардией;
- постуральной гипотензией;
- психомоторным возбуждением;
- головной болью;
- бессонницей;
- чувством недомогания или слабости;
- транзиторными галлюцинациями (зрительными, слуховыми, тактильными) либо иллюзиями;
- параноидным мышлением;
- большими судорожными припадками.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к седативным и снотворным средствам (анксиолитическим и снотворным средствам из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

формирование мотивации на прекращение потребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

снижение частоты и объемов употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов), полное воздержание от седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов) и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит:

из оценки уровня потребления пациентом седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление седативных и снотворных средств (анксиолитических и снотворных средств из группы бензодиазепинов, противоэпилептических и снотворных средств из группы барбитуратов);

поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации -
смотри F10 – F19.

F14

**Психические и поведенческие расстройства
вследствие употребления кокаина**

F14.0

**Острая интоксикация, обусловленная
употреблением кокаином**

Общая характеристика

Острая интоксикация проявляется изменением поведения или расстройством восприятия:

эйфорией или ощущением повышенной энергичности, повышением уровня бодрствования, убежденностью в собственном величии либо грандиозных возможностях, агрессивностью, склонностью затевать споры, лабильностью настроения, стереотипными повторяющимися формами поведения;

наличием иллюзий (слуховых, зрительных, тактильных), галлюцинаций, параноидного мышления;

нарушением повседневной деятельности.

Могут также присутствовать следующие симптомы:

тахикардия, аритмия сердца, гипертензия, потливость и ознобы, тошнота и рвота, признаки потери массы тела, расширение зрачков, психомоторное возбуждение, мышечная слабость, боли в груди, судороги.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после устранения интоксикации - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления кокаина;

длительное воздержание от употребления кокаина;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления кокаина и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом кокаина, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления кокаина, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление кокаина, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F14.1

Употребление кокаина с вредными последствиями

Общая характеристика

Употребление с вредными последствиями – это паттерн употребления ПАВ, следование которому наносит ущерб (физическому или психическому) здоровью (включая нарушение поведения, снижение способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки).

Паттерн употребления сохранялся минимум месяц или периодически повторялся на протяжении предыдущих 12 месяцев.

Вредные последствия могут быть физическими (например, в случае заражения гепатитом вследствие самовведения инъекционных наркотиков) или в форме психических нарушений (например, эпизоды вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция негативных последствий употребления кокаина, при невозможности достижения – мотивация на полное прекращение употребления кокаина.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления кокаина;
прекращение рискованных видов употребления кокаина;
улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления кокаина и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом кокаина, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления кокаина, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление кокаина, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F14.2**Синдром зависимости от кокаина****Общая характеристика**

Синдром зависимости – это сочетание физиологических, когнитивных, поведенческих нарушения, развивающихся после многократного употребления кокаина.

Синдром зависимости проявляется:

наличием сильного желания принимать данное вещество или чувство навязчивого влечения к приему данного вещества;

ослаблением контроля над его приемом (начало и окончание употребления или принятую дозу), о чем свидетельствуют его употребление в большом количестве или на протяжении длительного времени;

наличием физиологического состояния отмены, развивающегося при прекращении или сокращении приема вещества;

продолжением употребления, несмотря на вредные последствия (даже при осведомленности о характере этих последствий и степени их серьезности);

наличием высокого приоритета употребления данного вещества по сравнению с любыми другими видами деятельности и обязательствами;

возросшей толерантностью к действию вещества (явное ослабление эффекта при непрерывном регулярном приеме одной и той же дозы вещества либо значительное повышение дозы).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления кокаина коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления кокаина;

снижение частоты и объемов употребления кокаина;

полное воздержание от употребления кокаина;

уменьшение негативных последствий употребления кокаина;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления кокаина и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом кокаина, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления кокаина, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление кокаина, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F14.3

Состояние отмены кокаина

Общая характеристика

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема кокаина после некоторого периода его длительного многократного употребления в высоких дозах.

Состояние отмены проявляется:

сильным желанием принять кокаин;

дисфорическим настроением (например, печалью или ангедонией);

вялостью, сонливостью, усталостью;

психомоторной заторможенностью или ажитацией;

повышенным аппетитом;

бессонницей или гиперсомнией;

причудливыми или неприятными сновидениями.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к кокаину;

формирование мотивации на прекращение употребления кокаина (на снижение частоты и объемов употребления кокаина, полное воздержание от употребления кокаина);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления кокаина и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом кокаина, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления кокаина, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление кокаина, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F14.5

Психотическое расстройство вследствие употребления кокаина

Общая характеристика

Психотическое расстройство – это комплекс психотических явлений, возникающих во время или после употребления (в пределах двух недель после

завершения приема) кокаина, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены.

Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов.

Длительность расстройства не превышает 6 месяцев.

Психотическое расстройство проявляется:

яркими галлюцинациями;

искажениями восприятия;

бредом (часто параноидного или персекуторного характера;

психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором);

патологическим аффектом (варьирующим от сильного страха до экстаза).

Сознание обычно ясное.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптомов - предупреждение осложнений.

Ожидаемые результаты:

при отсутствии бреда и галлюцинаций – наличие сформированной критики к перенесенному психотическому расстройству;

наличие осознания связи психотических расстройств и употребления кокаина;

снижение частоты и объемов употребления кокаина;

достижение длительного воздержания от употребления кокаина;

полное воздержание от употребления кокаина;

уменьшение негативных последствий употребления кокаина;

предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;

сохранение способности к самостоятельному проживанию;

достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;

улучшение качества жизни и социального функционирования.

Этапы, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

F14.70

Флэшбэк вследствие употребления кокаина

F14.75

Психотическое расстройство с поздним дебютом вследствие употребления кокаина

F14.7

Резидуальные и отсроченные психотические расстройства вследствие употребления кокаина

Общая характеристика

Психотическое расстройство – это комплекс психотических явлений, возникающих во время или после употребления (в пределах двух недель после завершения приема) кокаина, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены.

Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов.

Длительность расстройства не превышает 6 месяцев.

Психотическое расстройство проявляется:

яркими галлюцинациями;

искажениями восприятия;

бредом (часто параноидного или персекуторного характера;

психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором);

патологическим аффектом (варьирующим от сильного страха до экстаза).

Сознание обычно ясное.

Резидуальные и отсроченные расстройства – это расстройства, при которых, обусловленные употреблением кокаина изменения когнитивных функций, аффекта, личности или поведения, сохраняются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Начало расстройства прямо соотносится с употреблением кокаина.

Выполняются:

общие критерии F07. (расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга);

критерии F06.3 (органические аффективные расстройства);

общие критерии деменции (F00- F03);

критерии F06.7 (легкое когнитивное расстройство), кроме критерия Г;

общие критерии F1x.5 (психотическое расстройство), за исключением срока начала.

При выявлении пациента на уровне первичной медицинской помощи проводится краткосрочное вмешательство врачом или медицинской сестрой той организации, где был выявлен данный пациент без перенаправления к врачу-психиатру-наркологу или психотерапевту.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптоматики – коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления кокаина;

достижение длительного воздержания от употребления кокаина;

полное воздержание от употребления кокаина;

уменьшение негативных последствий употребления кокаина;

предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;

сохранение способности к самостоятельному проживанию;

достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;

улучшение качества жизни и социального функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления кокаина и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом кокаина, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления кокаина, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление кокаина, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F14.70

Флэшбэк вследствие употребления кокаина

F14.75

Психотическое расстройство с поздним дебютом вследствие употребления кокаина

F15

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин

Общая характеристика

Расстройства проявляются изменением поведения или расстройством восприятия:

эйфорией или ощущением повышенной энергичности, повышением уровня бодрствования, убежденностью в собственной величии либо грандиозных возможностях, агрессивностью, склонностью затевать споры, лабильностью настроения, стереотипными повторяющимися формами поведения;

наличием иллюзий (слуховых, зрительных, тактильных), галлюцинаций, параноидного мышления;

нарушением повседневной деятельности.

Могут также присутствовать:

тахикардия, аритмия сердца, гипертензия, потливость, озноб, тошнота, рвота, признаки потери массы тела, расширение зрачков, психомоторное возбуждение, мышечная слабость, боли в груди, судороги.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления других стимуляторов, включая кофеин - коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления других стимуляторов, включая кофеин;

снижение частоты и количества употребления других стимуляторов, включая кофеин;

полное воздержание от употребления других стимуляторов, включая кофеин;

уменьшение негативных последствий употребления других стимуляторов, включая кофеин;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления других стимуляторов, включая кофеин, и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом других стимуляторов, включая кофеин, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления других стимуляторов, включая кофеин, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление других стимуляторов, включая кофеин, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F15.3

Состояние отмены других стимуляторов, включая кофеин

Общая характеристика

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема других стимуляторов, включая кофеин, после некоторого периода его длительного многократного употребления в высоких дозах.

Состояние отмены проявляется:

сильным желанием принять стимуляторы;
дисфорическим настроением;
вялостью, сонливостью, усталостью;
психомоторной заторможенностью или ажитацией;
повышенным аппетитом;
бессонницей или гиперсомнией;
причудливыми или неприятными сновидениями.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к другим стимуляторам, включая кофеин;

формирование мотивации на прекращение употребления других стимуляторов, включая кофеин (на снижение частоты и объемов употребления других стимуляторов, включая кофеин, полное воздержание от употребления других стимуляторов, включая кофеин);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления других стимуляторов, включая кофеин, и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом других стимуляторов, включая кофеин, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления других стимуляторов, включая кофеин, обсуждения

факторов, стимулирующих и тормозящих употребление других стимуляторов, включая кофеин, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F16

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов

Общая характеристика

Проявляются изменением поведения или расстройством восприятия: тревогой и боязливостью, иллюзиями или галлюцинациями, явлениями деперсонализации и дереализации, параноидным мышлением, идеями отношения, лабильностью настроения, гиперактивностью, импульсивными действиями, нарушением внимания, нарушением повседневной деятельности.

Могут также присутствовать следующие симптомы:

Тахикардия, сердцебиение, потливость и ознобы, тремор, нечеткость зрения, расширение зрачков, нарушение координации.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления галлюциногенов - коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления галлюциногенов;
 снижение частоты и количества употребления галлюциногенов;
 полное воздержание от употребления галлюциногенов;
 уменьшение негативных последствий употребления галлюциногенов;
 улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления галлюциногенов и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F17

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака

F17.0

Острая интоксикация, вызванная употреблением табака (острая никотиновая интоксикация)

Общая характеристика

Острая интоксикация проявляется:

изменением поведения или расстройством восприятия (бессонницей, причудливыми сновидениями, лабильностью настроения, дереализацией, нарушением повседневной деятельности);

тошнотой или рвотой, потливостью, тахикардией, сердечной аритмией.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после устранения интоксикации - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и количества употребления табака;

полное воздержание от употребления табака;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления табака и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом табака, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления табака, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление табака, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F17.1

Употребление табака с вредными последствиями

Общая характеристика

Употребление с вредными последствиями – это паттерн употребления ПАВ, следование которому наносит ущерб (физическому или психическому) здоровью (включая нарушение поведения, снижение способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки).

Паттерн употребления сохранялся минимум месяц или периодически повторялся на протяжении предыдущих 12 месяцев.

Вредные последствия могут быть физическими (например, в случае заражения гепатитом вследствие самовведения инъекционных наркотиков) или в форме психических нарушений (например, эпизоды вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления табака - коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления табака;
 снижение частоты и количества употребления табака;
 полное воздержание от употребления табака;
 уменьшение негативных последствий употребления табака;
 улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);
 формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления табака и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом табака, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления табака, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление табака, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F17.2

Синдром зависимости от табака

Общая характеристика

Синдром зависимости – это сочетание физиологических, когнитивных, поведенческих нарушения, развивающихся после многократного употребления табака.

Синдром зависимости проявляется:

наличием сильного желания принимать данное вещество или чувство навязчивого влечения к приему данного вещества;

ослаблением контроля над его приемом (начало и окончание употребления или принятую дозу), о чем свидетельствуют его употребление в большом количестве или на протяжении длительного времени;

наличием физиологического состояния отмены, развивающегося при прекращении или сокращении приема вещества;

продолжением употребления, несмотря на вредные последствия (даже при осведомленности о характере этих последствий и степени их серьезности);

наличием высокого приоритета употребления данного вещества по сравнению с любыми другими видами деятельности и обязательствами;

возросшей толерантностью к действию вещества (явное ослабление эффекта при непрерывном регулярном приеме одной и той же дозы вещества либо значительное повышение дозы).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления табака - коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления табака;
 снижение частоты и количества употребления табака;
 полное воздержание от употребления табака;
 уменьшение негативных последствий употребления табака;
 улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления табака и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом табака, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления табака, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление табака, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F17.3

Состояние отмены табака

Общая характеристика

Состояние отмены характеризуется симптомами различной степени тяжести и проявляется (в различных сочетаниях) при полном или частичном прекращении приема табака после некоторого периода его постоянного многократного употребления в высоких дозах.

Состояние отмены табака проявляется:

сильное желание употребить табак (или другие содержащие никотин средства;

чувством недомогания или слабости;

тревогой;

дисфорическим настроением;

раздражительностью или беспокойством;

головной болью;

бессонницей;

повышенным аппетитом;

усиленным кашлем;

изъязвлениями во рту;

затруднениями при сосредоточении.

чувством недомогания или слабости.

В некоторых случаях проявляется:

тошнотой или рвотой;

психомоторным возбуждением;

транзиторными галлюцинациями (зрительными, тактильными, слуховыми) либо иллюзиями;

судорожными припадками.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования состояния отмены - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к табаку;

формирование мотивации на прекращение употребления табака (на снижение частоты и объемов употребления табака, полное воздержание от употребления табака);

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления табака, и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом табака, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления табака, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление табака, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F18

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей

F18.0

Острая интоксикация, обусловленная употреблением летучих растворителей

Общая характеристика

Острая интоксикация проявляется:

изменением поведения (апатией, вялостью, сонливостью, склонностью затевать споры, агрессивностью, лабильностью настроения, снижением способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки, нарушением внимания и памяти, психомоторной заторможенностью, нарушением повседневной деятельности);

шаткостью походки, смазанной речью, нистагмом, снижением уровня сознания, мышечной слабостью, нечеткостью зрения;

в тяжелых случаях – гипотензией, гипотермией, угнетением рвотного рефлекса.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после устранения интоксикации - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления летучих растворителей;

полное воздержание от употребления летучих растворителей;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления летучих растворителей и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом летучих растворителей, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления летучих растворителей, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление летучих растворителей, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F18.1

Употребление летучих растворителей с вредными последствиями

Общая характеристика

Употребление с вредными последствиями – это паттерн употребления ПАВ, следование которому наносит ущерб (физическому или психическому) здоровью (включая нарушение поведения, снижение способности здраво рассуждать и критически оценивать свои поступки).

Паттерн употребления сохранялся минимум месяц или периодически повторялся на протяжении предыдущих 12 месяцев.

Вредные последствия могут быть физическими (например, в случае заражения гепатитом вследствие самовведения инъекционных наркотиков) или в форме психических нарушений (например, эпизоды вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция негативных последствий употребления летучих растворителей, при невозможности достижения – мотивация на полное прекращение употребления летучих растворителей.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления летучих растворителей;
прекращение рискованных видов потребления летучих растворителей;
улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений

(достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Этапы, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

F18.2

Синдром зависимости от летучих растворителей

Общая характеристика

Синдром зависимости – это сочетание физиологических, когнитивных, поведенческих нарушения, развивающихся после многократного употребления летучих растворителей.

Синдром зависимости проявляется:

наличием сильного желания принимать данное вещество или чувство навязчивого влечения к приему данного вещества;

ослаблением контроля над его приемом (начало и окончание употребления или принятую дозу), о чем свидетельствуют его употребление в большом количестве или на протяжении длительного времени;

наличием физиологического состояния отмены, развивающегося при прекращении или сокращении приема вещества;

продолжением употребления, несмотря на вредные последствия (даже при осведомленности о характере этих последствий и степени их серьезности);

наличием высокого приоритета употребления данного вещества по сравнению с любыми другими видами деятельности и обязательствами;

возросшей толерантностью к действию вещества (явное ослабление эффекта при непрерывном регулярном приеме одной и той же дозы вещества либо значительное повышение дозы).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после прекращения употребления летучих растворителей - коррекция эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты:

достижение длительного воздержания от употребления летучих растворителей;

снижение частоты и объемов употребления летучих растворителей;

полное воздержание от летучих растворителей;

уменьшение негативных последствий употребления летучих растворителей;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных (обучение совладения с отрицательными эмоциями: злости, одиночества и усталости), когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента);

формирование мотивации на прекращение криминальной активности, труд (учебу), нормализацию отношений в семье.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления летучих растворителей и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом летучих растворителей, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления летучих растворителей, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление летучих растворителей, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F18.5

Психотическое расстройство вследствие употребления летучих растворителей

Общая характеристика

Психотическое расстройство – это комплекс психотических явлений, возникающих во время или после употребления (в пределах двух недель после завершения приема) летучих растворителей, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены.

Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов.

Длительность расстройства не превышает 6 месяцев.

Психотическое расстройство проявляется:

яркими галлюцинациями;

искажениями восприятия;

бредом (часто параноидного или персекуторного характера;

психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором);

патологическим аффектом (варьирующим от сильного страха до экстаза).

Сознание обычно ясное.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптомов - предупреждение осложнений.

Ожидаемые результаты:

при отсутствии бреда и галлюцинаций – наличие сформированной критики к перенесенному психотическому расстройству;

наличие осознания связи психотических расстройств и употребления летучих растворителей;

формирование мотивации на прекращение употребления летучих растворителей (на снижение частоты и объемов употребления летучих растворителей, полное воздержание от употребления летучих растворителей);

достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;

уменьшение негативных последствий употребления кокаина;

предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;

сохранение способности к самостоятельному проживанию;

улучшение качества жизни и социального функционирования.

Этапы, уровни, условия, продолжительность оказания и оценка эффективности проведения медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

F18.70

Флэшбэк вследствие употребления летучих растворителей

F18.75

Психотическое расстройство с поздним дебютом вследствие употребления летучих растворителей, резидуальные и отсроченные психотические расстройства вследствие употребления летучих растворителей.

Общая характеристика

Психотическое расстройство – это комплекс психотических явлений, возникающих во время или после употребления (в пределах двух недель после завершения приема) летучих растворителей, который не может быть объяснен острой интоксикацией и не является частью состояния отмены.

Психотические симптомы сохраняются на протяжении более 48 часов.

Длительность расстройства не превышает 6 месяцев.

Психотическое расстройство проявляется:

яркими галлюцинациями;

искажениями восприятия;

бредом (часто параноидного или персекуторного характера;

психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором);

патологическим аффектом (варьирующим от сильного страха до экстаза).

Сознание обычно ясное.

Резидуальные и отсроченные психотические расстройства – это расстройства, при которых, обусловленные употреблением летучих растворителей, изменения когнитивных функций, аффекта, личности или поведения, сохраняются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Начало расстройства прямо соотносится с употреблением летучих растворителей.

Выполняются:

общие критерии F07. (расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга);

критерии F06.3 (органические аффективные расстройства);
 общие критерии деменции (F00- F03);
 критерии F06.7 (легкое когнитивное расстройство), кроме критерия Г;
 общие критерии F1x.5 (психотическое расстройство), за исключением срока начала.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптомов - предупреждение осложнений.

Ожидаемые результаты:

при отсутствии бреда и галлюцинаций – наличие сформированной критики к перенесенному психотическому расстройству;

наличие осознания связи психотических расстройств и употребления летучих растворителей;

формирование мотивации на прекращение употребления летучих растворителей (на снижение частоты и объемов употребления летучих растворителей, полное воздержание от употребления летучих растворителей);

достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;

улучшение качества жизни и социального функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;

в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления летучих растворителей и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом летучих растворителей, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления летучих растворителей, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление летучих растворителей, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F18.6

Амнестический синдром вследствие употребления летучих растворителей

F18.7**Резидуальные и отсроченные психические расстройства вследствие употребления летучих растворителей****Общая характеристика**

Расстройства, при которых обусловленные употреблением летучих растворителей изменения когнитивных функций, аффекта, личности или поведения сохраняются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Начало расстройства прямо соотносится с употреблением летучих растворителей.

Выполняются:

общие критерии F07. (расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга);
критерии F06.3 (органические аффективные расстройства);
общие критерии деменции (F00- F03);
критерии F06.7 (легкое когнитивное расстройство), кроме критерия Г;
общие критерии F1x.5 (психотическое расстройство), за исключением срока начала.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования симптоматики – коррекция когнитивных нарушений (восстановление когнитивного дефицита), устранение сопутствующих психопатологических (эмоциональных, поведенческих) расстройств.

Ожидаемые результаты:

снижение частоты и объемов употребления летучих растворителей, полное воздержание от употребления);
предупреждение развития стойкой нетрудоспособности;
сохранение способности к самостоятельному проживанию;
достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента;
улучшение качества жизни и социального функционирования.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся обычно в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения первичного звена;
в стационарных условиях – при госпитализации пациента с сопутствующим психическим расстройством или у несовершеннолетних.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует времени проведения краткосрочного вмешательства или основному курсу лечения в стационаре.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления летучих растворителей и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Для восстановления когнитивного дефицита разрабатывается и проводится индивидуальная программа нейрокогнитивной реабилитации на реабилитационных занятиях по индивидуальной и групповой форме.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом летучих растворителей, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления летучих растворителей, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление летучих растворителей, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации - смотри F10 – F19.

F19

Психические и поведенческие расстройства, возникающие вследствие потребления нескольких психоактивных веществ

Общая характеристика

Расстройства проявляются психическими и поведенческими нарушениями, превалирующими при употреблении нескольких психоактивных веществ.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: после купирования психических и поведенческих расстройств - предупреждение развития осложнений.

Ожидаемые результаты:

при стабилизации психического и соматического состояния - отсутствие влечения к употреблению ПАВ;

формирование мотивации на прекращение употребления ПАВ (на снижение частоты и объемов употребления ПАВ);

прекращение употребления ПАВ;

улучшение качества жизни и социального функционирования (сохранение способности к самостоятельному проживанию) в результате улучшения эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация оказывается на любом уровне (районном, региональном, республиканском).

Условия оказания медицинской реабилитации:

рекомендуется в стационарных условиях – с целью расширения реабилитационных возможностей (при обеспечении строгого контроля за поведением и употреблением ПАВ);

в амбулаторно-поликлинических условиях – для продолжения проведения реабилитационных мероприятий.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

соответствует основному курсу лечения в стационаре или в амбулаторных условиях – смотри F10-F19.

Этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F10-F19.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся после достижения ремиссии или воздержания от употребления ПАВ и направлены на предупреждение рецидивов.

Реабилитационные мероприятия – смотри F10.0.

Как в амбулаторных, так и в стационарных условиях показано *краткосрочное вмешательство*. Это - короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом ПАВ, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления ПАВ, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление ПАВ, поиска факторов, способствующих воздержанию.

Оценка эффективности проведения медицинской реабилитации -
смотри F10 – F19.

ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА F20-F29

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты

Улучшение качества жизни, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию), улучшение социального, семейного и профессионального функционирования в результате улучшения когнитивных, эмоциональных и поведенческих нарушений (достижение стабильного упорядоченного поведения, которое может контролироваться близким окружением пациента).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания в зависимости от выраженности нарушений психических функций и ограничений жизнедеятельности (тяжести и остроты психотических расстройств, тяжести поведенческих расстройств).

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность проведения реабилитационных мероприятий определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности.

На лечебно-реабилитационном этапе и этапе ранней стационарной медицинской реабилитации (этапе купирующей терапии):

при наличии выраженных психотических и поведенческих расстройств, при отсутствии у пациента критики и сознания болезни – от 1 до 3 месяцев.

На амбулаторном этапе медицинской реабилитации:

при установлении ремиссии, при невыраженной психотической симптоматике, отсутствии угрозы для жизни и здоровья пациента и окружающих, при наличии у пациента достаточной критики к своему

состоянию и его социально упорядоченном поведении, при установившихся отношениях сотрудничества с лечащим врачом и заинтересованных членов семьи – от 2-3 до 9 месяцев.

На этапе поздней стационарной медицинской реабилитации (этапе долечивающей и стабилизирующей терапии):

при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления – от 1 до 3 месяцев.

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих (психиатрических и соматических) противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный *клинико-функциональный диагноз* и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах:

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10 (шизофрения, шизотипическое расстройство, хронические психические расстройства, острые и транзиторные психотические расстройства, индуцированное бредовое расстройство, шизоаффективные расстройства);

характер начала заболевания;

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

название заболевания, осложняющего основное заболевание;

тип течения;

оценка психических функций (степень выраженности);

оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:

психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;

лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);

обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных

отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F20-F29);

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культорганизатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств;

наблюдение за признаками галлюцинаций, сохранение позиции принятия и не подкрепления галлюцинаций, отвлечение внимания пациента от галлюцинаций;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

использование в общении простых, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

неоднократное ориентирование пациента в месте, времени, собственной личности;

недопущение умственного переживания алогичных, иррациональных мыслей;

психологическая коррекция аффективных нарушений (уплощения, парадоксальности эмоционального реагирования, дурашливости, сниженного настроения и ангедонии);

психологическая коррекция коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция специфических когнитивных нарушений (ассоциативных нарушений, амбивалентности, дефицита рабочей памяти, дезорганизации внутренней речи, нарушения сенсорного фильтра, неадекватности побуждения и мотивации);

психологическая коррекция поведенческих нарушений (агрессивности, возбуждения, стереотипий, негативизма, замкнутости);

психологическое консультирование пациентов по нарушению самовосприятия (неадекватное использование социальных ролей, осознания своей половой принадлежности);

психологическая поддержка родственников:

оказание помощи пациентам во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств; коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой деятельности: личной гигиены; одевания; приема легкоусвояемой пищи; контроль питьевого режима с исключением напитков, содержащих кофеин; контроль режима сна с использованием перед сном релаксационных упражнений);

выявление одиноких и одиноко проживающих пациентов (утративших социальные связи), составление на них социальных паспортов, оказание необходимой им социальной помощи;

помощь в оформлении пациентам документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

проведение с пациентами тренинга по формированию навыков независимого проживания;

проведение с пациентами и их родственниками тренинга навыков по формированию здорового образа жизни;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

- снижения уровня тревожности;
- расслабления;
- отвлечения от негативных мыслей;
- высвобождения и активизации творческого потенциала;
- улучшения когнитивных процессов;
- тренировки мелкой моторики;
- развития аккуратности;
- закрепления чувства схемы тела;
- повышения самооценки;
- коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Терапия искусством представлена:

- рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);
- рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);
- работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри- и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

- кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);
- музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);
- сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии).

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации – осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам: с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4) при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-м этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F20-F29);

продолжается реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль реализации плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-реабилитологом или лечащим врачом.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся в соответствии с планом или индивидуальной программой медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК).

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств;

наблюдение за признаками галлюцинаций, сохранение позиции принятия и не подкрепления галлюцинаций, отвлечение внимания пациента от галлюцинаций;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика высокого риска поведения с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

использование в общении простых, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

неоднократное ориентирование пациента в месте, времени, собственной личности;

недопущение умственного переживания алогичных, иррациональных мыслей;

психологическая коррекция аффективных нарушений (уплощения, парадоксальности эмоционального реагирования, дурашливости, сниженного настроения и ангедонии);

психологическая коррекция коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция специфических когнитивных нарушений (ассоциативных нарушений, амбивалентности, дефицита рабочей памяти, дезорганизации внутренней речи, нарушения сенсорного фильтра, неадекватности побуждения и мотивации);

психологическая коррекция поведенческих нарушений (агрессивности, возбуждения, стереотипий, негативизма, замкнутости);

психологическое консультирование пациентов по нарушению самовосприятия (неадекватное использование социальных ролей, осознания своей половой принадлежности);

психологическая поддержка родственников:

оказание помощи пациентам во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств; коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в бытовой, трудовой и семейной адаптации пациентов (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой деятельности: личной гигиены; одевания; приема легкоусвояемой пищи – часто и малыми порциями с ежедневным взвешиванием; контроль питьевого режима с исключением напитков, содержащих кофеин; контроль режима сна с использованием перед сном релаксационных упражнений);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении пациентам документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

помощь в трудоустройстве пациентов;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

- снижения уровня тревожности;
- расслабления;
- отвлечения от негативных мыслей;
- высвобождения и активизации творческого потенциала;
- улучшения когнитивных процессов;
- закрепления чувства схемы тела;
- повышения самооценки;
- тренировки мелкой моторики;
- развития аккуратности;
- коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

- рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);
- рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох).

Трудовая терапия представлена:

- работой в классах отделения дневного пребывания (с природным материалом, с глиной, с текстилем, с прутьями) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- работой в трудовых мастерских отделения дневного пребывания (с древесиной, с картоном, с тканью).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

- кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, формирующих позитивное мышление, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);
- музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, нормализующих настроение);
- сказкотерапии (прослушивание, просмотр и участие в постановке сказок, способствующих передаче пациенту необходимых моральных норм и правил, развитию фантазии, нахождению решения своих жизненных трудностей);
- посещение театров, кинотеатров, концертов, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента

проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента; даются рекомендации по продолжению или прекращению реабилитационных мероприятий.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F20-F29);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА)

F30 – F39

Общая характеристика

Расстройства настроения (аффективные расстройства) – это расстройства, при которых основное нарушение заключается в изменении настроения или аффекта в сторону снижения (с сопутствующей тревогой либо без нее) или подъема.

В основе аффективных расстройств лежит личность с сильной склонностью к амбивалентности, неуверенностью в себе и боязнью выразить враждебность при угрозе безопасности. Основная реакция – это агрессия, направленная вовне на окружающий мир или внутрь, на самого себя.

Расстройства обычно сопровождаются изменением общего уровня активности.

Большинство расстройств имеют тенденцию к рекуррентному течению, а начало часто связано со стрессовыми событиями или ситуациями.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: улучшение качества жизни, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию), восстановление прежнего уровня социального функционирования (возвращение способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные обязанности).

Ожидаемые результаты:

полное исчезновение или значительное уменьшение интенсивности аффективных расстройств, улучшение когнитивных функций, коррекция поведения (в стационарных условиях);

полное исчезновение симптомов аффективных расстройств, стабилизация настроения, поддержание прежнего уровня социального функционирования (в амбулаторных условиях).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

стационарные условия – пациенты со значительной глубиной эпизодов аффективных расстройств, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций, а также при неэффективности амбулаторного лечения;

амбулаторные условия и отделение дневного пребывания - пациенты с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств (гипомания, легкий или умеренный депрессивный эпизод), при условии их упорядоченного поведения, следования ими плану лечения (комплаенса), при наличии семейной поддержки, отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);
- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность проведения реабилитационных мероприятий определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности.

На лечебно-реабилитационном этапе и этапе ранней стационарной медицинской реабилитации (этапе купирующей терапии):

в стационарных условиях от 1 до 3 месяцев (пациентам со значительной глубиной эпизодов аффективных расстройств, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций или при неэффективности амбулаторного лечения).

На амбулаторном этапе, в том числе в отделении дневного пребывания:

в отделении дневного пребывания – от 1 до 4 месяцев, в амбулаторных условиях – от 2 до 6 месяцев (пациентам с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств; со стабилизацией настроения; при условии их упорядоченного поведения, установившихся отношений с лечащим врачом и следования плану лечения; при наличии семейной поддержки; отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций; при возвращении способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные функции).

На этапе поздней стационарной медицинской реабилитации (этапе долечивающей и стабилизирующей терапии):

при повторном поступлении в стационар психиатрического профиля для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления – от 1 до 4 месяцев (при наличии у пациента приступа тяжелого, либо затяжного (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентного, либо угрожавшего жизни).

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при аффективных расстройствах:

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10 (маниакальный эпизод, депрессивный эпизод, биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, хронические аффективные расстройства, другие аффективные расстройства);

степень выраженности (легкая средней тяжести, тяжелая);

форма эпизода или состояния (текущий эпизод мании, смешанный эпизод, состояние ремиссии);

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

осложнения основного заболевания (с психотическими симптомами, без психотических симптомов);

оценка нарушенных психических функций (по степеням);

оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:

психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;
лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);

обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз (смотри F30-F39)**;

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культорганизатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и дестигматизации психических расстройств):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении деменции;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко - доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция и психологическое консультирование пациентов, направленные на снятие тревоги, страха, агрессивности, улучшение когнитивных способностей:

поддержание ограничений, необходимых для безопасности и защиты пациента и окружающих (распорядок, правила, процедуры должны быть простыми, которые пациент мог бы выполнить);

ориентирование в действительности и окружении;

недопущение умственного переживания негативных мыслей;

уменьшение количества раздражителей;

обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении;

побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни;

повышение самооценки - сосредоточение внимания на достижениях;

психологическая поддержка родственников, осуществляющих уход за пациентами:

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания;

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой деятельности: личной гигиены, одевания, раздевания, приема пищи – обеспечение высококалорийной и витаминизированной диеты, питьевого режима - контроль количества принятой и выделенной жидкости; следует избегать внезапного перехода к новым процедурам, темам или действиям);

работа с пациентами социально-уязвимых категорий;

помощь в оформлении документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

проведение с пациентами тренингов по формированию навыков независимого проживания (коммуникативных, социально-бытовых, здорового образа жизни);

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью снижения уровня тревожности, отвлечения от негативных мыслей, стимулирования активности ушедших в себя и апатичных пациентов, развития творческого потенциала, улучшения когнитивных функций.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием карандашей и туши, пастельного мела, масляного мела, акриловых красок) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, соленого теста) по теме, при помощи фантазии (простые формы);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги по теме, при помощи фантазии;

аппликацией (с использованием бумаги, картона, природного материала) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

рукоделием (с использованием тканей и ниток ярких цветов) по теме, при помощи фантазии.

Трудовая терапия представлена:

работой с древесиной с использованием следующих видов работ: обработка наждачной бумагой, полировка, закручивание шурупов по теме, при помощи фантазии;

работой с использованием высушенных цветков, листьев, шишек, желудей, мха, фасоли, гороха по теме, при помощи фантазии;

работа с бумагой (по теме, при помощи фантазии), сложные формы;

работой с глиной (по теме, при помощи фантазии);

работой с текстилем (по теме, при помощи фантазии, групповой картины).

Социокультурные мероприятия представлены:

музыкотерапией (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, участие в проведении музыкальных мероприятий);

кинотерапией (просмотр и обсуждение кинофильмов);

сказкотерапией (прослушивание, просмотр и участие в постановке сказок);

участие в постановке праздничных концертов и спектаклей.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента; даются рекомендации по продолжению или прекращению реабилитационных мероприятий.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации - осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам:

- с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций;

- с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-м этапе медицинской реабилитации:

выставляется *клинико-функциональный диагноз (смотри F30-F39)*;

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и дестигматизации психических и поведенческих расстройств):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении деменции;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

профилактика риска поведения с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие, стеклянные, веревки, ремни) поместить в недоступные места);

обеспечение регулярности приема лекарственных средств;

профилактика травматизма (частая ориентировка пациента в действительности и окружении; расстановка мебели в порядке, соответствующем особенностям несостоятельности пациента; сопровождение пациента во время его передвижения; хранение вещей, которыми часто пользуется пациент в легко – доступном месте);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков, использование в общении простых, кратких, ясных объяснений и указаний, повторений без раздражения и нетерпеливости;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

развитие чувства внутреннего контроля;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция и психологическое консультирование пациентов, направленные на снятие тревоги, агрессивности, улучшение когнитивных способностей (ориентирование в действительности и окружении, недопущение умственного переживания негативных мыслей, уменьшение количества раздражителей, обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении, побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни, повышение самооценки - сосредоточение внимания на достижениях);

психологическая поддержка родственников, осуществляющих уход за пациентами:

оказание помощи пациентам во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появлении побочных эффектов от приема лекарственных средств; коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам:

помощь в расстановке мебели в таком порядке, который наилучшим образом будет соответствовать особенностям их несостоятельности; организация хранения вещей в легкодоступном месте; организация хранения в недоступных местах всех потенциально опасных вещей; поддержка наличия

небольшого количества раздражителей в окружении пациента; поддержка спокойного обращения с пациентом; обеспечение чувства уверенности и стабильности в окружении пациента (с целью профилактики травматизма и проявлений насилия, направленного на себя или на других пациентов);

избегание внезапного перехода к новым темам или действиям;

изменение процессов мышления, ощущения и восприятия (частое ориентирование пациента в действительности и окружении, побуждение к воспоминанию и обсуждению событий жизни пациента);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

повышение самооценки;

оформление инвалидности;

оформление опекуинства;

оформление документов и устройство в дом-интернат по показаниям;

помощь в сохранении трудоспособности, в выборе и получении новой профессии;

реализация льгот, предоставляемых государством;

контроль выдачи больничных листов;

спонсорская и гуманитарная помощь;

морально-психологическая поддержка пациентов и их родственников при адаптации к новым условиям;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам

Эрготерапия с пациентами проводится с целью снижения уровня тревожности, отвлечения от негативных мыслей, развития творческого потенциала, улучшения когнитивных способностей, повышения самооценки.

В любой стадии эрготерапия может быть закончена или вновь начата.

Эрготерапия с пациентами проводится в виде: терапии искусством, трудовой терапии, социокультурных мероприятий.

Терапия искусством представлена: рисованием, лепкой, работой с бумагой, рукоделием.

Трудовая терапия представлена: работой с природным материалом, работой с глиной, работой с текстилем, работой с прутьями; в трудовых мастерских работой с древесиной, работой с картоном, с тканью (сложные формы).

Социокультурные мероприятия представлены: кинотерапией, музыкотерапией, посещением выставок, театров музеев, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в план или индивидуальную программу медицинской реабилитации пациента; даются рекомендации по продолжению или прекращению реабилитационных мероприятий.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз (смотри F30-F39)**;

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

F30

Маниакальный эпизод

Общая характеристика

Все подрубрики этой категории используются только для единичного маниакального эпизода.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: улучшение качества жизни, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию), возвращение способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные обязанности.

Ожидаемые результаты:

полное исчезновение или значительное уменьшение интенсивности аффективных расстройств, улучшение когнитивных функций, коррекция поведения (в стационарных условиях);

полное исчезновение симптомов аффективных расстройств, стабилизация настроения, отсутствие обострений, сокращение числа и продолжительности приступов, удлинение и повышение качества ремиссий, восстановление социального функционирования (в амбулаторных условиях).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания в

зависимости от интенсивности аффективных и тяжести поведенческих расстройств.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

от 2 недель до 3 месяцев.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

F30.0

Гипомания

Общая характеристика

Расстройство проявляется:

постоянным легким подъемом настроения или раздражительностью (совершенно нехарактерными для данного человека в преморбидном состоянии), которые сохраняются в течение как минимум четырех дней подряд;

повышенной активностью или физическим беспокойством;

повышенной говорливостью;

затруднениями при сосредоточении внимания или повышенной отвлекаемостью;

сниженной потребностью во сне;

повышенной сексуальной энергией;

умеренно выраженной расточительностью либо другими проявлениями неосмотрительного или безответственного поведения;

повышенной общительностью или фамильярностью.

Симптоматика приводит к нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F30.

F30.1

Мания без психотических симптомов

Общая характеристика

Расстройство проявляется:

преимущественно приподнятым настроением, экспансивностью или раздражительностью, совершенно нехарактерными для данного человека в преморбидном состоянии;

повышением активности или физическим беспокойством;

повышенной говорливостью;

ускорением течения мыслей;

расторженностью, пренебрежением общепринятыми социальными нормами, приводящими к поведению, неадекватному обстоятельствам;

сниженной потребностью во сне;

завышенной самооценкой или идеями величия;

повышенной отвлекаемостью либо постоянными переменами в деятельности или планах;

опротечивым или безрассудным поведением при отсутствии осознания его возможных опасных последствий;

заметным повышением сексуальной энергии или сексуальной неразборчивостью.

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Галлюцинации или бред отсутствуют.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F30.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

как правило, в условиях психиатрического стационара.

F30.2

Мания с психотическими симптомами

Общая характеристика

Расстройство проявляется:

преимущественно приподнятым настроением, экспансивностью или раздражительностью, совершенно нехарактерными для данного человека в преморбидном состоянии;

повышением активности или физическим беспокойством;

повышенной говорливостью;

ускорением течения мыслей;

расторженностью, пренебрежением общепринятыми социальными нормами, приводящими к поведению, неадекватному обстоятельствам;

сниженной потребностью во сне;

завышенной самооценкой или идеями величия;

повышенной отвлекаемостью либо постоянными переменами в деятельности или планах;

опротечивым или безрассудным поведением при отсутствии осознания его возможных опасных последствий;

заметным повышением сексуальной энергии или сексуальной неразборчивостью;

к перечисленным выше симптомам присоединяются бред или галлюцинации (это не должны быть совершенно нереальные по содержанию или культурально неадекватные бредовые идеи либо галлюцинации в форме

комментирующих голосов; наиболее характерны бред величия, отношения, эротический или персекуторный).

Бред или галлюцинации определяются как конгруэнтные (соответствующие настроению психотические симптомы) или неконгруэнтные (не соответствующие настроению психотические симптомы) настроению.

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:
в психиатрическом стационаре.

F30.8

Другие маниакальные эпизоды

F30.9

Маниакальный эпизод, неуточненный

F31

Биполярное аффективное расстройство

Общая характеристика

Данное расстройство характеризуется двумя или более эпизодами, при которых настроение и уровень активности значительно нарушаются, причем, в одних случаях его настроение, энергия и активность повышаются (мания или гипомания), в других – снижаются (депрессия).

F31.0

**Биполярное аффективное расстройство,
текущий эпизод гипомании**

Общая характеристика

Расстройство проявляется:

постоянным легким подъемом настроения или раздражительностью (совершенно нехарактерными для данного человека в преморбидном состоянии), которые сохраняются в течение как минимум четырех дней подряд;

повышенной активностью или физическим беспокойством;

повышенной говорливостью;

затруднениями при сосредоточении внимания или повышенной отвлекаемостью;

сниженной потребностью во сне;

повышенной сексуальной энергией;

умеренно выраженной расточительностью либо другими проявлениями неосмотрительного или безответственного поведения;

повышенной общительностью или фамильярностью.

В анамнезе имеется еще один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный).

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F30.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

амбулаторно или в отделении дневного пребывания.

Возрастают возможности и важность проведения психообразования, когнитивно-бихевиоральной терапии и оказания социальной помощи пациентам.

F31.1

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

Общая характеристика

Расстройство проявляется:

преимущественно приподнятым настроением, экспансивностью или раздражительностью, совершенно нехарактерными для данного человека в преморбидном состоянии;

повышением активности или физическим беспокойством;

повышенной говорливостью;

ускорением течения мыслей;

расторженностью, пренебрежением общепринятыми социальными нормами, приводящими к поведению, неадекватному обстоятельствам;

сниженной потребностью во сне;

завышенной самооценкой или идеями величия;

повышенной отвлекаемостью либо постоянными переменами в деятельности или планах;

опротечивым или безрассудным поведением при отсутствии осознания его возможных опасных последствий;

заметным повышением сексуальной энергии или сексуальной неразборчивостью.

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Галлюцинации или бред отсутствуют.

В анамнезе имеется еще один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный).

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

как правило, в условиях психиатрического стационара.

При проведении психообразования нужно учитывать значительно более низкий комплаенс.

F31.2

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами

Общая характеристика

Расстройство проявляется:

преимущественно приподнятым настроением, экспансивностью или раздражительностью, совершенно нехарактерными для данного человека в преморбидном состоянии;

повышением активности или физическим беспокойством;

повышенной говорливостью;

ускорением течения мыслей;

расторженностью, пренебрежением общепринятыми социальными нормами, приводящими к поведению, неадекватному обстоятельствам;

сниженной потребностью во сне;

завышенной самооценкой или идеями величия;

повышенной отвлекаемостью либо постоянными переменами в деятельности или планах;

опротечивым или безрассудным поведением при отсутствии осознания его возможных опасных последствий;

заметным повышением сексуальной энергии или сексуальной неразборчивостью;

к перечисленным выше симптомам присоединяются бред или галлюцинации (это не должны быть совершенно нереальные по содержанию или культурально неадекватные бредовые идеи либо галлюцинации в форме комментирующих голосов; наиболее характерны бред величия, отношения, эротический или персекуторный).

Бред или галлюцинации определяются как конгруэнтные (соответствующие настроению психотические симптомы) или неконгруэнтные (не соответствующие настроению психотические симптомы) настроению.

В анамнезе имеется еще один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный).

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F30.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

в психиатрическом стационаре.

Роль и возможности психообразования и психотерапии пациента минимальны или отсутствуют.

F31.3

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии

Общая характеристика

Текущий эпизод удовлетворяет критериям депрессивного эпизода легкой (F32.0) или умеренной (F32.1) степени.

В анамнезе имеется еще один достоверный аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный или смешанный).

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации – смотри F30- F39.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:
в условиях психиатрического стационара (при наличии суицидальных тенденций);
в амбулаторных условиях – во всех остальных случаях.

F31.4

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

Общая характеристика

Текущий эпизод удовлетворяет критериям тяжелого депрессивного эпизода (F32.2).

В анамнезе имеется еще один достоверный аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный или смешанный).

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39.

F31.5

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами

Общая характеристика

Текущий эпизод удовлетворяет критериям тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3).

В анамнезе имеется еще один достоверный аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный или смешанный).

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:
в психиатрическом стационаре.

F31.6

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера

Общая характеристика

Текущий эпизод характеризуется либо сочетанием, либо быстрой (в течение нескольких часов) сменой гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных симптомов.

Маниакальные и депрессивные симптомы отчетливо выражены в течение большей части периода продолжительностью две недели.

Симптомы приводят к тяжелому нарушению деятельности личности в повседневной жизни.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:
в стационарных условиях (при значительной глубине колебаний настроения);

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – в остальных случаях.

F31.7

Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии

Общая характеристика

Состояние ремиссии не соответствует критериям депрессивного или маниакального эпизода любой тяжести или других аффективных расстройств.

В анамнезе имеется еще один достоверный аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный или смешанный) и в дополнение – еще хотя бы один аффективный эпизод (гипоманиакальный, маниакальный, депрессивный или смешанный).

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39.

F31.8

Другие биполярные аффективные расстройства

F31.9

Биполярное аффективное расстройство неуточненное

F32

Депрессивный эпизод

Общая характеристика

В типичных случаях легкого, умеренного и тяжелого депрессивных эпизодов проявляются:

снижение настроения;

падение энергетического потенциала и ослабление активности;

выраженная утрата интереса к деятельности, которая прежде была приятной для данного лица, или неспособность получать от нее удовольствие;

соматические симптомы (отсутствие реакции на события или действия, которые в норме вызывают активный отклик; пробуждение по утрам на два или более часа раньше обычного времени; усиление депрессии в утренние часы; объективные признаки выраженной заторможенности или ажитации; заметное снижение аппетита; потеря массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем; утрата либидо).

Депрессивный эпизод продолжается, по меньшей мере, две недели.

В анамнезе никогда не имелось данных о гипоманиакальных или маниакальных симптомах.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации: реабилитационные мероприятия проводятся в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания в зависимости от интенсивности аффективных и тяжести поведенческих расстройств.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях – от 6 до 12 недель;

в амбулаторных условиях и в условиях дневного пребывания – от 4 до 6 месяцев (в зависимости от качества достигнутой ремиссии) и от 3 до 4 лет (при сохранении состояния полной ремиссии без остаточных симптомов).

F32.0

Депрессивный эпизод легкий

Общая характеристика

Депрессивный эпизод легкий продолжается, по меньшей мере, две недели.

В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов.

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Эпизод проявляется двумя из трех следующих симптомов:

депрессивным настроением;

выраженной утратой интереса к деятельности, которая прежде была приятной для данного лица, или неспособностью получать от нее удовольствие;

падением энергетического потенциала и ослаблением активности, повышением утомляемости.

Отмечается симптом или симптомы из числа следующих (в сумме не менее четырех):

снижение самооценки и потеря уверенности в себе;

беспричинное порицание себя или чрезмерное и неадекватное чувство вины;

повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве либо суицидальное поведение;

жалобы или объективные признаки, свидетельствующие об ухудшении способности обдумывать или концентрироваться;

изменение уровня психомоторной активности, выражающееся в заторможенности или ажитации;

нарушение сна любого типа;

изменение (повышение или понижение) аппетита с потерей массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем;

снижение либидо.

Отмечается дистресс, но, как правило, социальное функционирование не нарушается.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39 и F32.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

как правило, в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания.

F32.1

Депрессивный эпизод умеренной тяжести

Общая характеристика

Умеренный депрессивный эпизод продолжается, по меньшей мере, две недели.

В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов.

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Эпизод проявляется двумя из трех следующих симптомов:

депрессивным настроением;
выраженной утратой интереса к деятельности, которая прежде была приятной для данного лица, или неспособностью получать от нее удовольствие;
падением энергетического потенциала и ослаблением активности, повышением утомляемости.

Отмечается симптом или симптомы из числа следующих (присутствуют три, четыре и более симптома; суммарное количество симптомов должно составлять не менее шести):

снижение самооценки и потеря уверенности в себе;
беспричинное порицание себя или чрезмерное и неадекватное чувство вины;
повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве либо суицидальное поведение;
жалобы или объективные признаки, свидетельствующие об ухудшении способности обдумывать или концентрироваться;
изменение уровня психомоторной активности, выражающееся в заторможенности или ажитации;
нарушение сна любого типа;
изменение (повышение или понижение) аппетита с потерей массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем;
снижение либидо.

Испытываются значительные затруднения при выполнении обычных функций.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39 и F32.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

в стационарных условиях (при отсутствии социальной и семейной поддержки у лиц, проживающих в одиночестве);

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – в остальных случаях.

F32.2

Депрессивный эпизод тяжелый без психотических симптомов

Общая характеристика

Эпизод продолжается, по меньшей мере, две недели.

В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов.

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Эпизод проявляется двумя из трех следующих симптомов:

депрессивным настроением;

выраженной утратой интереса к деятельности, которая прежде была приятной для данного лица, или неспособностью получать от нее удовольствие;

падением энергетического потенциала и ослаблением активности, повышением утомляемости.

Отмечается симптом или симптомы из числа следующих (присутствуют три, четыре и более симптома; суммарное количество симптомов должно составлять не менее восьми):

снижение самооценки и потеря уверенности в себе;

беспричинное порицание себя или чрезмерное и неадекватное чувство вины;

часто повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве либо суицидальное поведение;

жалобы или объективные признаки, свидетельствующие об ухудшении способности обдумывать или концентрироваться;

изменение уровня психомоторной активности, выражающееся в заторможенности или ажитации;

нарушение сна любого типа;

изменение (повышение или понижение) аппетита с потерей массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем;

снижение либидо.

Отсутствуют галлюцинации, бред или депрессивный ступор.

Испытываются значительные затруднения при выполнении обычных функций.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39 и F32.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

в стационарных условиях.

F32.3

Депрессивный эпизод тяжелый с психотическими симптомами

Общая характеристика

Эпизод продолжается, по меньшей мере, две недели.

В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов.

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Эпизод проявляется двумя из трех следующих симптомов:

депрессивным настроением;

выраженной утратой интереса к деятельности, которая прежде была приятной для данного лица, или неспособностью получать от нее удовольствие; падением энергетического потенциала и ослаблением активности, повышением утомляемости.

Отмечается симптом или симптомы из числа следующих (присутствуют три, четыре и более симптома; суммарное количество симптомов должно составлять не менее восьми):

снижение самооценки и потеря уверенности в себе;

беспричинное порицание себя или чрезмерное и неадекватное чувство вины;

часто повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве либо суицидальное поведение;

жалобы или объективные признаки, свидетельствующие об ухудшении способности обдумывать или концентрироваться;

изменение уровня психомоторной активности, выражающееся в заторможенности или ажитации;

нарушение сна любого типа;

изменение (повышение или понижение) аппетита с потерей массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем;

снижение или отсутствие либидо.

Присутствуют любые из следующих явлений:

бред или галлюцинации (это не должны быть совершенно нереальные по содержанию или культурально неадекватные бредовые идеи либо галлюцинации в форме комментирующих голосов);

депрессивный ступор.

Психотические симптомы могут соответствовать или не соответствовать настроению.

Испытываются значительные затруднения при выполнении обычных функций.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39 и F32.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:
в стационарных условиях.

F32.8

Другие депрессивные эпизоды

F32.9

Депрессивный эпизод, неуточненный

F33

Рекуррентное депрессивное расстройство

Общая характеристика

Расстройство характеризуется повторными приступами депрессии (соответствует критериям депрессивного эпизода F32.-).

В анамнезе отмечается, по меньшей мере, один депрессивный эпизод (легкий, умеренный либо тяжелый, длившийся не менее двух недель и

отдаленный от текущего эпизода интервалом не менее чем в два месяца, на протяжении которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов (соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода)).

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Отмечается незначительные нарушения социального функционирования.

F33.0

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени

Общая характеристика

Расстройство характеризуется повторными приступами депрессии, по степени тяжести текущий эпизод можно оценить как легкий (соответствует критериям легкого депрессивного эпизода F32.0).

В анамнезе отмечается, по меньшей мере, один депрессивный эпизод (легкий, умеренный либо тяжелый, длившийся не менее двух недель и отдаленный от текущего эпизода интервалом не менее чем в два месяца, на протяжении которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов (соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода)).

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Отмечается наличие или отсутствие соматического синдрома:

отсутствие реакции на события или действия, которые в норме вызывают активный отклик;

пробуждение по утрам на два или более часа раньше обычного времени;

усиление депрессии в утренние часы;

объективные признаки выраженной заторможенности или ажитации;

заметное снижение аппетита;

потеря массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем;

снижение либидо.

Отмечаются незначительные нарушения социального функционирования.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39, F32, F32.0.

F33.1

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести

Общая характеристика

Расстройство характеризуется повторными приступами депрессии, по степени тяжести текущий эпизод можно оценить как умеренный (соответствует критериям умеренного депрессивного эпизода F32.1).

В анамнезе отмечается, по меньшей мере, один депрессивный эпизод (легкий, умеренный либо тяжелый, длившийся не менее двух недель и отдаленный от текущего эпизода интервалом не менее чем в два месяца, на

протяжении которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов (соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода)).

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Отмечается наличие или отсутствие соматического синдрома:

отсутствие реакции на события или действия, которые в норме вызывают активный отклик;

пробуждение по утрам на два или более часа раньше обычного времени;

усиление депрессии в утренние часы;

объективные признаки выраженной заторможенности или ажитации;

заметное снижение аппетита;

потеря массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем;

снижение либидо.

Отмечаются значительные нарушения социального функционирования.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39, F32, F32.1.

F33.2

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Общая характеристика

Расстройство характеризуется повторными приступами депрессии, по степени тяжести текущий эпизод можно оценить как тяжелый (соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода F32.2).

В анамнезе отмечается, по меньшей мере, один депрессивный эпизод (легкий, умеренный либо тяжелый, длившийся не менее двух недель и отдаленный от текущего эпизода интервалом не менее чем в два месяца, на протяжении которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов (соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода)).

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Отмечается наличие или отсутствие соматического синдрома:

отсутствие реакции на события или действия, которые в норме вызывают активный отклик;

пробуждение по утрам на два или более часа раньше обычного времени;

усиление депрессии в утренние часы;

объективные признаки выраженной заторможенности или ажитации;

заметное снижение аппетита;

потеря массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем;

снижение либидо.

Отсутствуют галлюцинации, бред или депрессивный ступор.

Отмечаются значительные нарушения социального функционирования.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39, F32, F32.2.

F33.3**Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами****Общая характеристика**

Расстройство характеризуется повторными приступами депрессии, по степени тяжести текущий эпизод можно оценить как умеренный (соответствует критериям умеренного депрессивного эпизода F32.2).

В анамнезе отмечается, по меньшей мере, один депрессивный эпизод (легкий, умеренный либо тяжелый, длившийся не менее двух недель и отдаленный от текущего эпизода интервалом не менее чем в два месяца, на протяжении которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов (соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода)).

Эпизод нельзя объяснить употреблением ПАВ или каким-либо из органических психических расстройств.

Отмечается наличие или отсутствие соматического синдрома:

отсутствие реакции на события или действия, которые в норме вызывают активный отклик;

пробуждение по утрам на два или более часа раньше обычного времени;

усиление депрессии в утренние часы;

объективные признаки выраженной заторможенности или ажитации;

заметное снижение аппетита;

потеря массы тела на 0,5% или более по сравнению с прошлым месяцем;

снижение либидо.

Присутствуют любые из следующих явлений:

бред или галлюцинации (это не должны быть совершенно нереальные по содержанию или культурально неадекватные бредовые идеи либо галлюцинации в форме комментирующих голосов);

депрессивный ступор.

Психотические симптомы могут соответствовать или не соответствовать настроению.

Отмечаются значительные нарушения социального функционирования.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39, F32, F32.3.

F33.4**Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии****Общая характеристика**

Состояние характеризуется отсутствием депрессивной симптоматики вот уже в течение нескольких месяцев.

В анамнезе имелись два или более депрессивных эпизода, соответствующих критериям рекуррентного депрессивного расстройства F33.0-F33.3.

Состояние не соответствует критериям депрессивного эпизода (F32.-) любой тяжести или любого другого расстройства в F30-F39.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39, F32.

F33.8

Другие рекуррентные депрессивные расстройства

F33.9

Рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное

Включается монополярная депрессия.

F34

Хронические расстройства настроения

(аффективные расстройства)

Общая характеристика

Расстройства характеризуются хроническим и обычно флюктуирующим течением (отдельные эпизоды не достигают такого уровня интенсивности, чтобы это оправдывало описание их как гипоманиакальных или легких депрессивных).

Продолжаясь годами (иногда в течение почти всей жизни) расстройства вызывают существенный дистресс и в значительной степени нарушают трудоспособность.

F34.0

Циклотимия

Общая характеристика

Это состояние хронической нестабильности настроения с чередованием периодов депрессии и гипомании (наличием промежуточных периодов нормального настроения или без них), наблюдающееся не менее чем в течение двух лет.

Ни один из этих периодов не является достаточно интенсивным или продолжительным, чтобы это соответствовало критериям биполярного аффективного (F31.-) или рекуррентного депрессивного (F33.-) расстройства.

Во время хотя бы некоторых периодов депрессии присутствует не менее трех из следующих симптомов:

снижение энергии или активности;

бессонница;

утрата уверенности в себе или чувство неполноценности;

затруднение концентрации внимания;

социальная отгороженность;

утрата интереса к сексу или способности получать от него наслаждение;

снижение приверженности к тем видам деятельности, которые ранее всегда доставляли удовольствие;

снижение разговорчивости;

пессимистический взгляд на будущее или мрачные размышления о прошлом.

В течение хотя бы некоторых из периодов повышенного настроения присутствует не менее трех из следующих симптомов:

- повышение энергии или активности;
- снижение потребности во сне;
- завышенная самооценка;
- ускоренное или необычайно продуктивное, творческое мышление;
- повышенная общительность;
- повышенная разговорчивость или остроумие;
- усиление интереса к сексу и повышение сексуальной активности;
- интенсификация участия в других видах деятельности, доставляющих удовольствие;
- сверхоптимизм и преувеличенная оценка прошлых достижений.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F31.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

не менее 1 года.

F34.1

Дистимия

Общая характеристика

Расстройство проявляется хроническим депрессивным настроением, которое ввиду недостаточной тяжести состояния (или недостаточной продолжительности отдельных эпизодов) не дает оснований для постановки диагноза рекуррентного депрессивного расстройства тяжелой, умеренной или легкой степени (F33.-).

Период постоянного или постоянно рецидивирующего депрессивного настроения составляет не менее двух лет.

Промежуточные периоды нормального настроения длятся не более нескольких недель, эпизодов гипомании не отмечается.

За эти два года не было (или же было очень мало) отдельных эпизодов депрессии, по своей тяжести или продолжительности соответствующих критериям рекуррентного легкого депрессивного расстройства (F33.0).

Во время хотя бы некоторых периодов депрессии присутствуют не менее трех из следующих симптомов:

- снижение энергии или активности;
- бессонница;
- утрата уверенности в себе или чувство неполноценности;
- затруднение концентрации внимания;
- слезливость;
- утрата интереса к сексу или способности получать от него наслаждение, а также снижение приверженности к тем видам деятельности, которые ранее всегда доставляли удовольствие;
- чувство безнадежности или отчаяния;

субъективно ощущаемая неспособность справляться со своими обычными повседневными обязанностями;
 пессимистический взгляд на будущее или мрачные размышления о прошлом;
 социальная отгороженность;
 снижение разговорчивости.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F32.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях – не менее 8-10 недель;
 в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – от 6 до 12 месяцев.

Психокоррекция, психотерапия, психообразование являются обязательными при проведении реабилитационных мероприятий с пациентом и его родственниками.

F38

**Другие расстройства настроения
(аффективные расстройства)**

F38.0

Смешанный аффективный эпизод

Общая характеристика

Эпизод характеризуется либо сочетанием либо быстрой (в течение нескольких часов) сменой гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных симптомов.

И маниакальные, и депрессивные симптомы отчетливо выражены в течение большей части периода продолжительностью, по крайней мере, в две недели.

В анамнезе отсутствуют данные о ранее перенесенных гипоманиакальных, депрессивных или смешанных эпизодах.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – при значительной глубине колебаний настроения;

в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – в остальных случаях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в два раза дольше, чем продолжительность в остром и раннем восстановительном периоде.

F38.1

Другие рекуррентные расстройства настроения

(аффективные расстройства)

F38.10

Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство

Общая характеристика

Расстройство соответствует симптоматическим критериям легкого (F32.0), умеренного (F32.1) или тяжелого (F32.2) депрессивного эпизода.

Депрессивные эпизоды возникали, по крайней мере, ежемесячно в течение последнего года.

Каждый из отдельных эпизодов длится менее двух недель.

Периодичность эпизодов не связана исключительно с менструальным циклом.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – при значительной глубине депрессивных эпизодов;

в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – в остальных случаях.

F39

Расстройства настроения, неуточненные

Включается аффективный психоз.

Общая характеристика

Аффективный психоз – расстройство, характеризующееся периодически возникающим аффективным нарушением в виде маниакальных или депрессивных приступов с полной обратимостью и восстановлением психических функций.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации - смотри F30- F39.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

реабилитационные мероприятия проводятся в условиях психиатрического стационара, в амбулаторных условиях и в условиях дневного пребывания проводятся в зависимости от выраженности и степени тяжести аффективных и поведенческих расстройств.

Схема клинико-реабилитационного диагноза при аффективном психозе:

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10 (аффективный психоз);

клинический вариант аффективного психоза;

степень выраженности (легкая, средней тяжести, тяжелая);

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

тип течения;

осложнения основного заболевания;

степень выраженности психотических расстройств (4 степени выраженности: легкая, умеренная, выраженная и резко выраженная);
оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);
реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);
реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

В клиническом прогнозе основное место отводится частоте и длительности аффективных фаз, полюсу аффекта в фазах и их типологической картине.

Монополярные формы прогностически более благоприятны по сравнению с биполярными (в отношении клинического и трудового прогноза).

НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА F40 – F48

F40

Тревожно-фобические расстройства

F40.0

Агорафобия

F40.00

Агорафобия без панического расстройства

F40.01

Агорафобия с паническим расстройством

F41.0

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)

Общая характеристика

Все вышеперечисленные формы психических расстройств, несмотря на отличия в их проявлениях, имеют сходные патогенетические механизмы.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии, уменьшение агорафобии, уменьшение панического избегания, уменьшение опережающей тревоги, улучшение качества жизни, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты:

- снижение уровня тревоги в фобических ситуациях;
- прекращение или значительное снижение частоты тревожно-фобических приступов;
- редуцирование страха ожидания приступа;
- преодоление агорафобии;
- формирование у пациентов навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;
- переструктурирование поведенческих стереотипов (восстановление непатологических форм реагирования и поведения);
- восстановление прежнего уровня функционирования (восстановление прежнего уровня социальной, семейной и трудовой адаптации).

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации: медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания в зависимости от

интенсивности и частоты тревожно-фобических приступов, тяжести ожидающего поведения, степени восстановления прежнего уровня функционирования, семейной, трудовой и социальной адаптации (после редукции выраженной симптоматики).

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность проведения реабилитационных мероприятий (определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности).

На лечебно-реабилитационном этапе и этапе ранней стационарной медицинской реабилитации (этапе купирующей терапии):

в стационарных условиях - от 30 до 45 дней.

На амбулаторном этапе, в том числе в отделении дневного пребывания (для сохранения достигнутого уровня функционирования, для повышения социальной активности, для повышения качества и стойкости ремиссии):

в отделении дневного пребывания – от 1 до 4 месяцев, в амбулаторных условиях – от 6 до 12 месяцев и выше 1 года.

На этапе поздней стационарной медицинской реабилитации (этапе долечивающей и стабилизирующей терапии):

при повторном поступлении в стационар психиатрического профиля (для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления) – от 30 до 45 дней.

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического,

психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах:

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10;

связь со стрессом, травмой (в том числе, и психической), с возникшими конфликтами;

степень выраженности (легкая, средней тяжести, тяжелая);

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

осложнения основного заболевания;

оценка нарушенных психических функций (по степеням);

оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:

психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;

лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);

обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F40-F49);

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культурного организатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств;

обучение правильному (антистрессовому) стилю жизни;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция тревожно-фобических нарушений, коррекция избегающего поведения;

психологическая коррекция аффективных нарушений (сниженного настроения и ангедонии);

психологическая коррекция коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений;

психологическая поддержка родственников:

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

работа с пациентами социально-уязвимых категорий;

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

помощь в трудоустройстве пациентов;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

отреагирования чувств и переживания положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;

тренировки мелкой моторики;

коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии).

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации – осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4) при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-ем этапе медицинской реабилитации:

продолжается реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль реализации плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся в соответствии с планом или индивидуальной программой медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК).

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств;

обучение правильному (антистрессовому) стилю жизни;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении

пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция тревожно-фобических нарушений, коррекция избегающего поведения;

психологическая коррекция аффективных нарушений (сниженного настроения и ангедонии);

психологическая коррекция коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений;

психологическая поддержка родственников:

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в бытовой, трудовой и семейной адаптации пациентов (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

работа с пациентами социально-уязвимых категорий;

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

помощь в трудоустройстве пациентов;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

- снижения уровня тревожности;
- расслабления;
- отвлечения от негативных мыслей;
- высвобождения и активизации творческого потенциала;
- улучшения когнитивных процессов;
- закрепления чувства схемы тела;
- повышения самооценки;
- развития аккуратности;
- тренировки мелкой моторики;
- коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

- рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);
- работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);
- рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;
- работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);
- работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

- кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);
- музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);
- сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии);
- посещение театров, кинотеатров, концертов, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам: с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4); с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации: выставляется *клинико-функциональный диагноз* (смотри F40-F49); продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

F40

Тревожно-фобические расстройства

Общая характеристика

Расстройства, при которых тревога вызывается исключительно (или преимущественно) определенными ситуациями или объектами, в текущий момент не представляющими опасности.

Отмечается либо избегание характерным образом таких ситуаций, либо переживание в таких ситуациях страха.

Отмечаются:

соматовегетативные симптомы (учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание, неприятные ощущения в области живота, чувство дурноты, головокружения);

симптомы, относящиеся к психическому состоянию (страх смерти, потеря самоконтроля или сумасшествия).

Фобическая тревога и депрессия часто сосуществуют.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F40.0

Агорафобия

Общая характеристика

Расстройства, при которых присутствуют фобии определенного типа:
страх перед толпой;

боятся выходить из дома, посещать магазины или другие общественные места;

боятся в одиночку совершать поездки по железной дороге, на автобусе или путешествовать самолетом;

боятся любых передвижений, связанных с отдалением от дома.

Отмечаются соматовегетативные симптомы и симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

усиленное или учащенное сердцебиение;

потливость;

дрожание или тремор;

сухость во рту;

затрудненное дыхание, чувство удушья;

ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке;

тошнота или неприятные ощущения в животе;

чувство головокружения, дурноты, слабости;

дереализация или деперсонализация;

страх сумасшествия или надвигающейся потери сознания;

страх смерти;

общие симптомы – приливы жара или озноб, ощущение онемения или покалывания.

Выражено избегание пугающих ситуаций или симптомы тревоги вызывают значительный эмоциональный дистресс.

Симптомы тревоги возникают исключительно (или преимущественно) в определенных ситуациях, вызывающих страх, или при мысли о них.

Часто при эпизодах агорафобий отмечаются приступы панического расстройства.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

Схема клинико-функционального диагноза при агорафобии:

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10;

связь со стрессом, травмой (в том числе, и психической), с возникшими конфликтами;

степень выраженности (легкая, средней тяжести, тяжелая) определяется степенью избегания пугающих ситуаций или (при присоединении панического расстройства) путем подсчета приступов паники;

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

осложнения основного заболевания;

оценка нарушенных психических функций (по степеням);

оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

F40.1

Социальные фобии

Общая характеристика

Социальные фобии проявляются:

выраженным страхом оказаться в центре внимания либо поставить себя в неловкое или унижительное положение;

выраженным избеганием ситуаций, сопряженных с риском оказаться в центре внимания либо поставить себя в неловкое или унижительное положение;

Эти страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как:

прием пищи или поддержание разговора в общественных местах;

случайная встреча знакомых в присутствии других людей;

посещение каких-либо мероприятий, связанных с необходимостью пребывания в небольших группах.

Отмечаются как минимум два из следующих симптомов:

покраснение лица или дрожание;

страх рвоты;

позывы на мочеиспускание или дефекацию либо боязнь появления таких позывов.

Выражено избегание пугающих ситуаций или симптомы тревоги вызывают значительный эмоциональный дистресс.

Симптомы тревоги возникают исключительно (или преимущественно) в определенных ситуациях, вызывающих страх, или при мысли о них.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F40.2

Специфические (изолированные) фобии

Общая характеристика

Специфические (изолированные) фобии проявляются:

выраженным страхом специфических объектов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1);

выраженным избеганием специфических объектов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1).

К наиболее типичным для изолированных фобий объектам и ситуациям относятся: животные, птицы, насекомые, высота; полет в самолете; небольшие замкнутые пространства; вид крови или ран; инъекции; стоматологическое лечение; больницы.

При воздействии пугающей ситуации проявляются симптомы тревоги:

усиленное или учащенное сердцебиение;

потливость;

дрожание или тремор;

сухость во рту;

затрудненное дыхание, чувство удушья;
 ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке;
 тошнота или неприятные ощущения в животе;
 чувство головокружения, дурноты, слабости;
 дереализация или деперсонализация;
 страх сумасшествия или надвигающейся потери сознания;
 страх смерти;

общие симптомы – приливы жара или озноб, ощущение онемения или покалывания.

Выражено избегание пугающих ситуаций или симптомы тревоги вызывают значительный эмоциональный дистресс.

Симптомы тревоги возникают исключительно (или преимущественно) в определенных ситуациях, вызывающих страх, или при мысли о них.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F40.8

Другие тревожно-фобические расстройства

F40.9

Тревожно-фобическое расстройство, неуточненное

F41

Другие тревожные расстройства

F41.0

Паническое расстройство

(эпизодическая пароксизмальная тревога)

Общая характеристика

Расстройство проявляется:

рекуррентными паническими атаками, возникающими, как правило, спонтанно, при отсутствии какой-либо постоянной связи с определенными ситуациями или объектами.

Такие приступы не ассоциируются с заметным физическим усилием, напряжением или с воздействием объективно опасных, сопряженных с реальной угрозой для жизни ситуаций.

Паническая атака характеризуется:

дискретным эпизодом интенсивного страха или дискомфорта;

внезапным началом приступа;

с длительностью эпизода не менее нескольких минут.

Характеризуется также соматовегетативными симптомами, симптомами, относящимися к психическому состоянию, общими симптомами (присутствует не менее четырех симптомов):

усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожь или тремор, сухость во рту;

затрудненное дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в животе; головокружение, чувство дурноты, слабость, дереализация, деперсонализация, страх сумасшествия, страх смерти; приливы жара или озноб, ощущение онемения или покалывания.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F41.1

Генерализованное тревожное расстройство

Общая характеристика

Отмечается стойкая тревога генерализованного характера, причем она не ограничивается какими-либо определенными внешними обстоятельствами, но даже не удается очертить круг ситуаций, при которых она возникала бы чаще, чем при других (тревога является нефиксированной, свободно плавающей).

В течение шести месяцев (не менее) ощущается выраженная напряженность, беспокойство, а также опасения, связанные с мрачными предчувствиями грядущих неприятностей в сфере повседневной жизни.

Расстройство проявляется следующими симптомами (присутствует не менее четырех):

вегетативными симптомами (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожание, сухость во рту);

симптомами, относящимися к области грудной клетки и живота (затрудненное дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в животе);

симптомами, относящимися к психическому состоянию (чувство головокружения, неустойчивости, дурноты, слабости, дереализация, деперсонализация, страх сумасшествия, страх смерти);

общими симптомами (приливы жара или озноб, ощущение онемения или покалывания, мышечное напряжение или боли, двигательное беспокойство и неспособность расслабиться, состояние психического напряжения, ощущение комка в горле или затруднения при глотании);

другими неспецифическими симптомами (усиленное реагирование на любые неожиданности или на действия, предпринимаемые с целью вызвать испуг, затруднение сосредоточения внимания, постоянная раздражительность, затруднение при засыпании из-за беспокойства).

Соматовегетативные симптомы являются столь значительными, что они становятся мучительными и нарушают социальное и профессиональное функционирование.

Особенности генерализованного тревожного расстройства у детей.

У детей и подростков диапазон жалоб, которыми проявляется генерализованная тревога, является более ограниченным, чем у взрослых, и специфические вегетативные симптомы менее выражены.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предотвращение рецидивов, поддержание устойчивой ремиссии, улучшение качества жизни.

Ожидаемые результаты: постепенное, стабильное снижение уровня тревоги, уменьшение ее соматовегетативных проявлений, восстановление прежнего уровня социально-бытового и профессионального функционирования.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

Реабилитационные мероприятия начинаются сразу же после снижения уровня тревоги и достижения состояния, при котором пациент способен конструктивно оценивать свои проблемы.

F41.2

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство

F41.3

Другие смешанные тревожно-депрессивные расстройства

F41.8

Другие уточненные тревожные расстройства

Общая характеристика

Отмечаются как симптомы тревоги, так и депрессии; ни те, и ни другие не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы соответствовать критериям тревожного или депрессивного расстройства.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: значительное обратное развитие симптомов тревоги и депрессии.

Ожидаемые результаты: улучшение качества жизни, восстановление прежнего уровня социально-бытового и профессионального функционирования.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F42

Обсессивно-компульсивное расстройство

Общая характеристика

Отмечаются повторяющиеся обсессивные мысли, либо компульсивные действия (или оба симптома вместе) в течение большинства дней на протяжении, по меньшей мере, двух недель.

Прослеживается связь между обсессиями и депрессией, при этом обсессии возникают и продолжают существовать вне депрессивных эпизодов.

Обсессии (мысли, идеи, или образы) и компульсии (действия), которые совершаются с целью снижения тревоги, вызванной обсессиями, имеют следующие общие признаки:

они осознаются как явления, порожденные его собственным разумом, а не навязанными извне какими-либо посторонними силами или лицами;

они многократно повторяются, неприятны и расцениваются как чрезмерные, бесплодные или бессмысленные;

отмечается безуспешное сопротивление им.

Тревога усиливается при попытках противостоять совершению компульсивных действий.

Обсессии и компульсии вызывают дистресс либо мешают социальному или индивидуальному функционированию (обычно за счет пустой траты времени).

Особенности обсессивно-компульсивного расстройства в детском возрасте.

Обсессивно-компульсивное расстройство у детей начинается в возрасте 6-7 лет (чаще у мальчиков).

Приобретает хронический характер течения, начавшись в возрасте до 17 лет. У детей нет сопротивления ритуалам, они интегрируют их в свою повседневную жизнь (часто встречающимся является ритуал умывания и навязчивый контроль выполнения своих действий).

К обсессиям и компульсиям присоединяются другие психические расстройства: фобии, аффективные расстройства, расстройства личности.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

Реабилитационные мероприятия при обсессивно-компульсивном расстройстве в детском возрасте проводятся такие же, как у взрослых, но больше внимания уделяется психокоррекции и работе с родственниками (психообразование и оказание психологической поддержки).

F43

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

F43.0

Реакция на тяжелый стресс

Общая характеристика

Это транзиторное расстройство, обратимое и кратковременное, возникающее как ответ на воздействие психологического или физического стрессового фактора чрезвычайной силы и интенсивности (например, пожары, землетрясения, транспортные аварии, внезапная смерть кого-то из близких родственников и др.).

Симптомы возникают непосредственно вслед за переживанием вызывающего стресс события.

Расстройство длится от нескольких часов до 2-3 суток.

Расстройство проявляется следующими симптомами:

вегетативными симптомами (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожание, сухость во рту);

симптомами, относящимися к области грудной клетки и живота (затрудненное дыхание, чувство удушья, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в животе);

симптомами, относящимися к психическому состоянию (чувство головокружения, неустойчивости, дурноты, слабости; дереализация, деперсонализация; страх сумасшествия, страх смерти);

общими симптомами (приливы жара или озноб, ощущение онемения или покалывания, мышечное напряжение или боли, двигательное беспокойство и неспособность расслабиться, состояние психического напряжения, ощущение комка в горле или затруднения при глотании);

другими неспецифическими симптомами (усиленное реагирование на любые неожиданности или на действия, предпринимаемые с целью вызвать испуг, затруднение сосредоточения внимания, постоянная раздражительность, затруднение при засыпании из-за беспокойства).

Присутствуют также симптомы:

уход от социальных взаимодействий в случаях, когда их можно предвидеть заранее;

сужение объема внимания;

явные признаки дезориентировки;

гнев или агрессия, выражаемая в словесной форме;

чувство отчаяния или беспомощности;

неадекватная или бесцельная гиперактивность;

не поддающееся волевому контролю, чрезмерное переживание горя.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: значительное обратное развитие симптомов тревоги и депрессии.

Ожидаемые результаты: улучшение качества жизни, восстановление прежнего уровня социально-бытового и профессионального функционирования.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F43.1

Посттравматическое стрессовое расстройство

Общая характеристика

Посттравматическое стрессовое расстройство возникает как отставленная и (или) затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая способна вызвать дистресс почти у любого.

Симптоматика развивается не позднее, чем спустя шесть месяцев после стрессового события.

Отмечается переживание действия стрессора (постоянно и заново) в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, или испытывает дистресс, оказавшись в обстоятельствах, напоминающих о перенесенном потрясении или ассоциирующихся со стрессором.

Отмечается избегание (или желание избежать) обстоятельств, напоминающих о пережитом либо ассоциирующихся со стрессором.

Присутствует любой следующий признак:

неспособность вспомнить (полностью или частично) некоторые важные моменты, относящиеся к периоду действия стрессового фактора;

стойкие симптомы повышенной психологической чувствительности и возбудимости (затруднения засыпания или поддержания сна, раздражительность или вспышки гнева, затруднение концентрации внимания, повышение уровня бодрствования, усиленный четверохолмный рефлекс).

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F43.2

Адаптационные расстройства

F43.20

Кратковременная депрессивная реакция

F43.21

Пролонгированная депрессивная реакция

F43.22

Смешанная тревожно-депрессивная реакция

F43.23

С преобладанием нарушения других эмоций

F43.24

С преобладанием нарушения поведения

F43.25

Со смешанными нарушениями эмоций и поведения

F43.28

С другими уточненными преобладающими симптомами

F43.8

Другие реакции на тяжелый стресс

F43.9

Реакция на тяжелый стресс неуточненная

Общая характеристика

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F44**Диссоциативные (конверсионные) расстройства****F44.0****Диссоциативная амнезия****F44.1****Диссоциативная фуга****F44.2****Диссоциативный ступор****F44.3****Трансы и состояния овладения (одержимости)****F44.4****Диссоциативные двигательные расстройства****F44.5****Диссоциативные судороги****F44.6****Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия****F44.7****Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства****F44.8****Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства****F44.9****Диссоциативное (конверсионное) расстройство
Неуточненное****F45****Соматоформные расстройства****Общая характеристика**

Соматоформные расстройства возникают в результате психических травм и конфликтов.

Расстройства характеризуются постоянным возникновением у пациента многочисленных телесных жалоб и симптомов с постоянным требованием проведения все новых и новых соматических обследований, несмотря на то, что при этом никакой соматической патологии не выявляется.

При расстройствах у пациентов часто наблюдается ориентирование на поиск внимания, особенно, когда они переживают фрустрацию в связи с неудавшейся попыткой убедить врачей в преимущественно соматической

природе своего заболевания и в необходимости дальнейших осмотров и обследований.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии.

Ожидаемые результаты: уменьшение интенсивности симптомов расстройства и сопутствующих нарушений, стабилизация состояния, предотвращение принятия пациентом роли больного, создание возможности для проведения реабилитационных мероприятий, улучшение качества жизни, восстановление прежнего уровня социально-бытового и профессионального функционирования, профилактика инвалидности.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F45.0

Соматизированное расстройство

Общая характеристика

При соматизированном расстройстве (в течение двух лет) предъявляются жалобы на множественные, разнообразные соматические симптомы, которые не могут быть объяснены никакими поддающимися выявлению соматическими расстройствами.

Присутствует озабоченность всеми этими симптомами, что вызывает дистресс и вынуждает пациента искать повторных консультаций либо добиваться проведения очередных обследований у врачей системы первичной помощи или узких специалистов.

Присутствуют следующие симптомы (не менее шести):

желудочно-кишечные симптомы (боли в животе, тошнота, чувство распирания или переполнения газами, неприятный привкус во рту или обложенный язык, рвота или отрыжка пищей, жалобы на усиленную перистальтику);

сердечно-сосудистые симптомы (одышка при отсутствии физической нагрузки, боли в груди);

урогенетальные симптомы (дизурия или жалобы на частое мочеиспускание, неприятные ощущения в области половых органов, жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища);

кожные и болевые симптомы (жалобы на пятнистость или депигментацию кожи, боли в конечностях или суставах, неприятные ощущения онемения или покалывания).

Пациент упорно отказывается принять заверения врачей об отсутствии адекватной физической причины соматических симптомов.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F45.1

Недифференцированное соматоформное расстройство

Общая характеристика

Это расстройство выставляется в тех случаях, когда пациент упорно предъявляет множественные и разнообразные соматические жалобы, но при этом полная и типичная картина соматизированного расстройства не складывается.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F45.2

Ипохондрическое расстройство

Общая характеристика

При ипохондрическом расстройстве отмечается упорная убежденность пациента (в течение не менее шести месяцев) в наличии у него одного или двух серьезных соматических заболеваний с прогрессирующим течением и постоянная озабоченность предполагаемым уродством или деформацией.

Озабоченность вызывает постоянный дискомфорт или препятствует нормальному функционированию в повседневной жизни и вынуждает пациента искать медицинской помощи или добиваться проведения обследований.

Пациент упорно отказывается принять заверения врачей об отсутствии адекватной физической причины соматических симптомов или каких-либо анатомических аномалий.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F45.3

Соматоформная вегетативная дисфункция

Общая характеристика

При соматоформной вегетативной дисфункции присутствуют симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает соматическому расстройству в одной или нескольких из следующих систем (или органов):

- сердце и сердечно-сосудистая система;
- верхние отделы желудочно-кишечного тракта (желудок и пищевод);
- нижний отдел желудочно-кишечного тракта;
- дыхательная система;
- мочеполовая система.

Предъявляются жалобы на следующие вегетативные симптомы (на два или более):

- сердцебиение;
- потливость;
- сухость во рту;
- покраснение лица;
- дискомфорт в эпигастральной области или жжение в желудке.

Присутствуют также следующие симптомы (один и более):

- боли в груди или ощущение дискомфорта в перикардиальной области;

одышка или гипервентиляция;
 сильная утомляемость после легкой нагрузки;
 аэрофагия, икота или ощущение жжения в груди либо в эпигастральной области;

жалобы на усиленную перистальтику кишечника;
 повышенная частота мочеиспускания или дизурия;
 ощущения тяжести, раздувания или растяжения, приписываемые тому или иному органу или системе.

Отсутствуют объективные признаки нарушения структуры либо функций органов или систем, вызывающих беспокойство у пациента.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F45.4

Хроническое соматоформное болевое расстройство

Общая характеристика

При хроническом соматоформном болевом расстройстве ощущается упорная (испытываемая непрерывно в течение большинства дней на протяжении не менее чем шестимесячного периода), жестокая и мучительная боль (в любой части тела), которая не может быть адекватно объяснена каким-либо физиологическим процессом или соматическим расстройством и которая постоянно находится в центре внимания пациента.

Начало расстройства отчетливо связано с эмоциональными конфликтами или психосоциальными проблемами.

С возникновением боли пациент обычно получает ощутимо усиленную поддержку и повышенное внимание либо от своего личного окружения, либо со стороны медицинских работников.

Включаются:

психалгия;
 психогенная боль в спине;
 психогенная головная боль;
 соматоформное болевое расстройство.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F45.8

Другие соматоформные расстройства

Общая характеристика

Другие соматоформные расстройства - это любые другие расстройства восприятия, функций и поведения, не обусловленные соматическим заболеванием; не опосредуемые вегетативной нервной системой; ограничивающиеся отдельными системами организма (или частями тела) и

тесно связанные по времени с вызывающими стресс событиями или проблемами.

Включаются: психогенные расстройства (дисменорея, дисфагия, зуд, кривошея, скрежетание зубами).

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F45.9

Соматоформное расстройство неуточненное

F48

Другие невротические расстройства

F48.0

Неврастения

Общая характеристика

Неврастения (синдром хронической усталости) – психогенное расстройство, которое длится не менее трех месяцев и проявляется:

настойчивыми жалобами на беспокоящее ощущение сильной усталости после незначительной умственной нагрузки;

настойчивыми жалобами на беспокоящее ощущение сильной усталости и общей слабости после незначительной физической нагрузки.

Вышеописанные симптомы не удается устранить или облегчить посредством отдыха, расслабления или развлечения.

Во многих случаях отмечается озабоченность в связи с умственным и соматическим неблагополучием, подавленное настроение, тревога, ангедония.

Отмечается, по меньшей мере, один из следующих симптомов:

ощущение тупой или острой мышечной боли;

головокружение, головные боли напряжения;

нарушение сна (поражаются его начальные и промежуточные фазы, встречается и гиперсомния);

раздражительность;

неспособность расслабиться.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предотвращение рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии.

Ожидаемые результаты: уменьшение интенсивности симптомов расстройства и сопутствующих нарушений, создание возможности для проведения реабилитационных мероприятий, улучшение качества жизни, восстановление прежнего уровня социально-бытового и профессионального функционирования.

Условия оказания медицинской реабилитации (определяются степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности):

чаще – в амбулаторных условиях;

в стационарных условиях – при выраженности расстройств и нарушений адаптации.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях – от 20 до 30 дней;

в амбулаторных условиях – от 1 до 6 месяцев.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

При проведении реабилитационных мероприятий особое внимание необходимо уделить восстановлению физиологических параметров (сон, аппетит) и работоспособности.

F48.1**Синдром деперсонализации-дереализации****Общая характеристика**

Синдром деперсонализации-дереализации изолированно встречается крайне редко.

Как правило, этот синдром встречается в структуре других психических расстройств.

При деперсонализации:

отмечаются жалобы на переживаемое ощущение отстраненности или же нереальности пребывания в данный момент в данном месте;

иногда представляется, что эмоции и движения принадлежат кому-то еще или сам является исполнителем роли на сцене.

При дереализации:

присутствуют жалобы на чувство нереальности (все окружение в целом или отдельные объекты выглядят незнакомыми, измененными, плоскими, бесцветными, безжизненными и неинтересными или, что мир вокруг похож на сцену и все вокруг играют какую-то роль).

Отмечается критическое отношение к своему состоянию и ясное осознание того, что ощущаемые изменения не являются чем-то внешним, навязанным извне (другими людьми или иными силами).

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

F48.8**Другие уточненные невротические расстройства****Общая характеристика**

Включаются смешанные расстройства поведения, убеждения и эмоций, имеющие неясное происхождение и неопределенное нозологическое положение.

Расстройства встречаются с особой частотой в некоторых культурных и этнических группах.

Включаются:

дхат-синдром (чрезмерная озабоченность изнуряющим действием семяизвержения);

профессиональный невроз, включая писчий спазм;

психастенический невроз;
психастения;
психогенный обморок;
расстройство Брике.

Цель и результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F40-F48.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ F50 – F59

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации: восстановление социального функционирования (развитие ощущения социального комфорта и личностной уверенности); снижение дистресса в результате коррекции дезадаптивных представлений пациента в отношении имеющихся физиологических нарушений (расстройства приема пищи, сна неорганической этиологии, половых дисфункций, не обусловленных органическим расстройством или заболеванием); улучшение семейного взаимодействия, улучшение качества жизни.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации: медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания в зависимости от продолжительности и выраженности физиологических и поведенческих нарушений, степени снижения социальной, семейной и трудовой адаптации.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность проведения реабилитационных мероприятий определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности.

На лечебно-реабилитационном этапе и этапе ранней стационарной медицинской реабилитации (этапе купирующей терапии):

в стационарных условиях от 1 до 3 месяцев (пациентам со значительной глубиной эпизодов аффективных расстройств, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций или при неэффективности амбулаторного лечения).

На амбулаторном этапе, в том числе в отделении дневного пребывания:

в отделении дневного пребывания – от 1 до 4 месяцев, в амбулаторных условиях – от 2 до 6 месяцев (пациентам с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств; со стабилизацией настроения; при условии их упорядоченного поведения, установившихся отношений с лечащим врачом и следования плану лечения; при наличии семейной поддержки; отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций; при возвращении способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные функции).

На этапе поздней стационарной медицинской реабилитации (этапе долечивающей и стабилизирующей терапии):

при повторном поступлении в стационар психиатрического профиля для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления – от 1 до 4 месяцев (при наличии у пациента приступа тяжелого, либо затяжного (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентного, либо угрожавшего жизни).

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами:

код по МКБ-10;
 нозологическое название по МКБ-10;
 степень выраженности (легкая, средней тяжести, тяжелая);
 период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);
 осложнения основного заболевания;
 оценка нарушенных психических функций (по степеням);
 оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);
 реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);
 реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:
 психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;
 лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);
 обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется *клинико-функциональный диагноз* (смотри F50-F59);

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культорганизатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении расстройства приема пищи, расстройства сна неорганической этиологии, половых дисфункций, не обусловленных органическим расстройством или заболеванием;

информирование по вопросам сбалансированного питания с формированием практических навыков потребления пищи в различных ситуациях;

информирование по вопросам соблюдения правил гигиены сна;

информирование по вопросам сексуального взаимодействия с партнером, достижения или восстановления гармонии в их интимной жизни;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

развитие личностной уверенности;

психологическая коррекция тревожно-депрессивных нарушений;

психологическая коррекция коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений;

психологическое консультирование по вопросам режима питания, режима сна, приобретения супружеской парой способности конструктивно разрешать проблемные ситуации в семейно-сексуальных отношениях;

психологическая поддержка родственников:

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

развитие ощущения социального комфорта;

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

работа с пациентами социально-уязвимых категорий;

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

помощь в трудоустройстве пациентов;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;
 расслабления;
 отвлечения от негативных мыслей;
 отреагирования чувств и переживания положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами;
 высвобождения и активизации творческого потенциала;
 улучшения когнитивных процессов;
 закрепления чувства схемы тела;
 повышения самооценки;
 развития аккуратности;
 тренировки мелкой моторики;
 коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии).

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации – осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4) при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-ем этапе медицинской реабилитации:

продолжается реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль реализации плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия с пациентами проводятся в соответствии с планом или индивидуальной программой медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК).

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении расстройства приема пищи, расстройства сна неорганической этиологии, половых дисфункций, не обусловленных органическим расстройством или заболеванием;

информирование по вопросам сбалансированного питания с формированием практических навыков потребления пищи в различных ситуациях;

информирование по вопросам соблюдения правил гигиены сна;

информирование по вопросам сексуального взаимодействия с партнером, достижения или восстановления гармонии в их интимной жизни;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко; формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

развитие личностной уверенности;

психологическая коррекция тревожно-депрессивных нарушений;

психологическая коррекция коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений;

психологическое консультирование по вопросам режима питания, режима сна, приобретения супружеской парой способности конструктивно разрешать проблемные ситуации в семейно-сексуальных отношениях;

психологическая поддержка родственников:

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

развитие ощущения социального комфорта;

помощь в бытовой, трудовой и семейной адаптации пациентов (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

работа с пациентами социально-уязвимых категорий;

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов (паспортов, пенсионных удостоверений);

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

помощь в трудоустройстве пациентов;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;
 высвобождения и активизации творческого потенциала;
 улучшения когнитивных процессов;
 закрепления чувства схемы тела;
 повышения самооценки;
 развития аккуратности;
 тренировки мелкой моторики;
 коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии);

посещение театров, кинотеатров, концертов, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F50-F59);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

F50

Расстройства приема пищи

Общая характеристика

Расстройства приема пищи представляют собой континуум от ограничительных проявлений в стиле питания (нервная анорексия) до нарушений, характеризующихся чувством утраты контроля у пациента в отношении количества и качества потребляемой пищи (нервная булимия, переедание, сочетающееся с другими психологическими причинами).

Расстройства приема пищи приводят к выраженным соматическим осложнениям, связаны с высоким суицидальным риском.

Расстройствам приема пищи зачастую сопутствуют: аффективная, тревожная симптоматика, обсессивно-компульсивные нарушения, различные формы зависимого поведения (в том числе – зависимость от ПАВ).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений

психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

Основные направления реабилитационных мероприятий:

формирование практических навыков потребления пищи в различных ситуациях, информирование по вопросам сбалансированного питания;

развитие ощущения социального комфорта;

развитие личностной уверенности.

F50.0

Нервная анорексия

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении

пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F50.1

Атипичная нервная анорексия

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений

психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F50.2

Нервная булимия

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F50.3

Атипичная нервная булимия

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F50.4

Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F51

Расстройства сна неорганической этиологии

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F51.0

Бессонница неорганической этиологии

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F51.1

Гиперсомния неорганической этиологии

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F51.2

**Расстройство режима сна и бодрствования
неорганической этиологии**

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F51.3

Снохождение (сомнамбулизм)

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F51.4

Ужасы во время сна (ночные ужасы)

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F51.5

Кошмары

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52

Половые (сексуальные) расстройства (дисфункции), не обусловленные органическим расстройством или заболеванием

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.0

Отсутствие или потеря сексуального влечения

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.1

Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.10

Сексуальное отвращение

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.11

Отсутствие чувства сексуального удовлетворения

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.2

Недостаточность генитальной реакции

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.3

Оргазмическая дисфункция

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.4

Преждевременная эякуляция

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.5

Вагинизм неорганического происхождения

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.6

Диспареуния неорганического происхождения

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.7

Повышенное половое влечение

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.8

Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F52.9

Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, неуточненная
Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F53.0

Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом (послеродовая депрессия)

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F53.1

Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом (послеродовой психоз)

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F55

**Злоупотребление веществами,
не вызывающими зависимости
Общая характеристика**

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

F59

Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

Общая характеристика

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию; восстановление нормальной массы тела (стабильной и адекватной, обеспечивающей нормализацию менструального цикла у женщин, сексуальных проявлений и гормональных уровней у мужчин, физическое и сексуальное развитие у детей вплоть до 18 лет).

Ожидаемые результаты:

соматическая стабилизация и нормализация статуса питания и связанных с ним проблем (коррекция искаженных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений, образа собственного тела и страха полноты, развитие соответствующей возрасту психосексуальной идентичности; коррекция сопутствующей психопатологической симптоматики и нарушений психологического функционирования (повышение самооценки и контроль импульсивности);

уменьшение выраженности поведенческих нарушений.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень - республиканские организации здравоохранения.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара (как правило) по показаниям (с учетом выраженности психопатологической, соматической и поведенческой симптоматики);

в условиях отделения дневного пребывания (при отсутствии тяжелых соматических осложнений, отсутствии выраженной сопутствующей психопатологической симптоматики, достаточно компенсированных поведенческих нарушениях, отсутствии признаков зависимости от ПАВ);

в амбулаторных условиях (при отсутствии выраженных соматических осложнений, малой длительности нарушений пищевого поведения от момента манифестации, сильной мотивации у пациента и членов семьи на лечение, снижении массы тела не более чем на 20% от здоровой массы тела).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в условиях психиатрического стационара – от 2 до 6 месяцев;

в условиях отделения дневного пребывания – от 2 до 6 месяцев;

в амбулаторных условиях – от 12 до 60 месяцев (в зависимости от характера компенсации расстройства, адекватного социального окружения пациента, достигнутого уровня личностной интеграции).

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F50- F59.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ F60-F69

Общая характеристика

Это ряд клинически значимых состояний и паттернов поведения, которые имеют тенденцию к устойчивости и отражают присущий индивиду стиль жизни и характер его отношения к себе и к другим.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций, улучшение качества жизни, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, коррекция выраженных поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, восстановление прежнего уровня психологической, сексуально-поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях, условиях отделения дневного пребывания в зависимости от степени соматической и психологической декомпенсации, степени выраженности поведенческих нарушений.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность проведения реабилитационных мероприятий (определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности).

На лечебно-реабилитационном этапе и этапе ранней стационарной медицинской реабилитации (этапе купирующей терапии):

в стационарных условиях – до 30 дней (при тяжелых декомпенсациях, сопровождающихся социальной дезадаптацией, нарушением трудоспособности, выраженными нарушениями поведения, сопутствующей психопатологической симптоматикой).

На амбулаторном этапе, в том числе в отделении дневного пребывания:

в отделении дневного пребывания – до 1 месяца, в амбулаторных условиях – до 2 месяцев (при возвращении способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные функции).

На этапе поздней стационарной медицинской реабилитации (этапе долечивающей и стабилизирующей терапии):

при повторном поступлении в стационар психиатрического профиля (для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления) – до 30 дней (при декомпенсациях, приведших к временной нетрудоспособности, незначительных нарушениях поведения).

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте:

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10;

степень выраженности (легкая, средней тяжести, тяжелая);

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

стадия течения основного заболевания;

осложнения основного заболевания;

оценка нарушенных психических функций (по степеням);

оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:

психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;

лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);

обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F60-F69);

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культорганизатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении расстройств личности и поведения в зрелом возрасте;

информирование о мерах по предупреждению очередной декомпенсации; преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция нарушений оценки окружающей действительности;

психологическая коррекция эмоциональных нарушений (направлена на снижение эмоциональной лабильности, дисфории, импульсивности и агрессии);

психологическая коррекция коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений (направлена на улучшение памяти, мышления, внимания, изменение защитных механизмов);

психологическая коррекция поведенческих нарушений (направлена на преодоление неправильных дезадаптивных моделей поведения);

психологическое консультирование (разрешение психологических проблем, связанных с кризисной ситуацией);

психологическая поддержка родственников:

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

помощь в трудоустройстве пациентов;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

отреагирование чувств и переживания положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;
 тренировки мелкой моторики;
 коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии).

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации - осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам:

- с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций;

- с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-м этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F60-F69);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении расстройств личности и поведения в зрелом возрасте;

информирование о мерах по предупреждению очередной декомпенсации; преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция нарушений оценки окружающей действительности;

психологическая коррекция эмоциональных нарушений (направлена на снижение эмоциональной лабильности, дисфории, импульсивности и агрессии);

психологическая коррекция коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений (направлена на улучшение памяти, мышления, внимания, изменение защитных механизмов);

психологическая коррекция поведенческих нарушений (направлена на преодоление неправильных дезадаптивных моделей поведения);

психологическое консультирование (разрешение психологических проблем, связанных с кризисной ситуацией);

психологическая поддержка родственников:

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

помощь в трудоустройстве пациентов;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;

тренировки мелкой моторики;

коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии);

посещение театров, кинотеатров, концертов, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F60-F69);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

F60**Специфические расстройства личности****Общая характеристика**

Специфические расстройства личности – это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида.

Общие критерии расстройства личности

Паттерны внутренних переживаний и поведения, характерные для данного индивида, существенно отклоняются в соответствующей культурной среде, выходят за рамки приемлемого диапазона.

Такое отклонение должно проявляться в одной из следующих сфер:

когнитивная сфера (характер восприятия и интерпретации различных явлений, людей и событий; способ формирования отношения к самому себе и к другим);

эмоциональная сфера (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);

контроль над импульсивностью и стремление к удовлетворению потребностей;

манера установления связей с другими людьми и способы регулирования межличностных отношений.

Отклонение носит общий, всепроникающий характер, проявляясь как негибкое, дезадаптивное поведение в широком диапазоне разнообразных личностных и социальных ситуаций. Такое поведение приводит к дистрессу и оказывает неблагоприятное воздействие на его социальное окружение.

Отклонение является стабильным и наблюдается в течение длительного времени, начиная со старшего детского или подросткового возраста.

Органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга должны быть исключены в качестве возможной причины отклонения.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, коррекция выраженных эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение уровня психологической, поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F60.0**Параноидное расстройство личности****Общая характеристика**

Для параноидного расстройства личности удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Присутствуют также, по меньшей мере, четыре признака из числа следующих:

- чрезмерно болезненная реакция на препятствия и отказы;
- тенденция постоянно «иметь зуб» на кого-то (например, категорически отказываясь простить нанесенную кем-либо обиду, причиненный ущерб либо проявленное неуважение или невнимание);
- подозрительность и общая тенденция искаженно воспринимать реальные явления, неверно истолковывая действия других людей как демонстрацию враждебного или презрительного отношения;
- обостренное сознание своих личных прав и воинствующая, упорная готовность отстаивать их, неадекватная реальной ситуации;
- многократно возникающие неоправданные подозрения, касающиеся супружеской верности;
- постоянно проявляемая склонность соотносить любые факты и явления действительности с самим собой;
- чрезмерная озабоченность попытками истолковать события на основании беспочвенных подозрений о наличии «заговора».

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: купирование параноидной симптоматики, предотвращение рецидивов, коррекция патологических защитных механизмов и поведенческих реакций.

Ожидаемые результаты: уменьшение подозрительности, снижение выраженных эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение уровня психологической, социальной и трудовой адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания (определяется терапевтической динамикой параноидной симптоматики, ажитации и агрессии);

в стационарных условиях (при выраженной ажитации или агрессии).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 6 месяцев до неопределенно длительного срока;

в стационарных условиях – до 30 дней.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F60.1

Шизоидное расстройство личности

Общая характеристика

Для шизоидного расстройства личности удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Отмечаются четыре признака из числа следующих:

отсутствие (или крайне ограниченное количество) занятий, способных доставить удовольствие;

эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная аффективность;

ограниченная способность проявлять теплые, нежные чувства (или выражать гнев) по отношению к другим людям;

внешнее безразличное отношение к похвале и критике;

сниженный интерес к сексуальным контактам с другим лицом;

постоянная склонность отдавать предпочтение индивидуальной деятельности, требующей уединения;

поглощенность фантазиями и интроспекцией;

отсутствие близких людей либо доверительных взаимоотношений и (или) отсутствие потребности в этом;

явная невосприимчивость к основным социальным нормам и общепринятым условностям.

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, коррекция тягостных переживаний, коррекция эмоциональных (дисфории, тревоги) и поведенческих нарушений, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, уменьшение выраженных эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение уровня психологической, поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания (определяется терапевтической динамикой шизоидной симптоматики);

в стационарных условиях (при тяжелой декомпенсации с нарушением трудоспособности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 6 месяцев до неопределенно длительного срока;

в стационарных условиях – до 30 дней.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F60.2

Диссоциальное расстройство личности

Общая характеристика

Для диссоциального расстройства личности удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Присутствуют, по меньшей мере, три признака из числа следующих:

черствое, равнодушное отношение к чувствам других людей;

резко выраженная безответственность, постоянное пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями;

неспособность поддерживать прочные, длительные взаимоотношения, хотя и при отсутствии затруднений в установлении связей;

очень низкая толерантность к фрустрации и низкий порог высвобождения агрессивных импульсов, что может приводить к физическому насилию;

неспособность испытывать чувство вины и извлекать урок из негативного опыта, в частности из наказания;

выраженная склонность обвинять других или выдвигать иные благовидные объяснения собственного поведения, приводящего к конфликту с обществом.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации; коррекция тягостных переживаний; коррекция эмоциональных (дисфории, тревоги), когнитивных (расстройств восприятия и оценки действительности) и поведенческих (импульсивности и агрессии) нарушений; уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, уменьшение выраженных эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение уровня психологической, поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания (определяется терапевтической динамикой симптоматики);

в стационарных условиях (при тяжелой декомпенсации с нарушением трудоспособности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 6 месяцев до неопределенно длительного срока;

в стационарных условиях – до 30 дней.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F60.3

Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Общая характеристика

Выделяют два типа эмоционально неустойчивого расстройства личности: импульсивный и пограничный.

Импульсивный тип

Удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Присутствуют, по меньшей мере, три признака из числа следующих:

выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета вероятных последствий;

выраженная сварливость, склонность вступать в конфликты с окружающими (преимущественно, в случаях, когда импульсивные действия встречают отпор или подвергаются критике);

склонность к вспышкам гнева или насилия, завершающимся неконтролируемыми «поведенческими взрывами»;
 затруднения при необходимости продолжать любую деятельность, не сулящую немедленного вознаграждения;
 нестабильное, переменчивое настроение.

Пограничный тип

Удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Присутствуют, по меньшей мере, три признака из числа следующих:
 нарушение образа своего «Я» и отсутствие ясного, определенного представления о нем, а также о собственных намерениях, целях и внутренних предпочтениях (включая сексуальные);

тенденция к вовлеченности в интенсивные, напряженные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;

постоянные опасения оказаться «покинутым» и чрезмерные усилия, предпринимаемые с целью избежать этого;

периодические угрозы самоубийства или акты самоповреждения;

постоянно испытываемое чувство опустошения.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, уменьшение аффективных вспышек, агрессии и аутоагрессии, изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, уменьшение эмоциональных (эмоциональной лабильности), когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение уровня психологической, поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания (определяется терапевтической динамикой симптоматики);

в стационарных условиях (при тяжелой декомпенсации с нарушением трудоспособности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 6 месяцев до неопределенно длительного срока;

в стационарных условиях – до 30 дней.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F60.4

Истерическое (гистрионное) расстройство личности

Общая характеристика

Для истерического (гистрионного) расстройства личности удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Присутствуют, по меньшей мере, четыре признака из числа следующих:

самодраматизация, театральность и преувеличенно интенсивное выражение эмоций;
 внушаемость;
 поверхностность и лабильность эмоций;
 постоянный поиск возбуждающих стимулов и стремление заниматься теми видами деятельности, которые дают возможность находиться в центре внимания;
 неадекватная обстоятельствам сексуальная провокация, проявляющаяся во внешнем виде и поведении;
 повышенная озабоченность внешней привлекательностью.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, коррекция выраженных эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение уровня психологической, поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания (определяется терапевтической динамикой симптоматики);
 в стационарных условиях (при тяжелой декомпенсации с нарушением трудоспособности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 6 месяцев до неопределенно длительного срока;
 в стационарных условиях – до 30 дней.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий - смотри F60-F69.

F60.5

Ананкастное расстройство личности

Общая характеристика

Для ананкастного расстройства личности удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Присутствуют, по меньшей мере, четыре признака из числа следующих:
 чувство неуверенности, чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;
 озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организационными вопросами, графиками или расписаниями;
 стремление к совершенству, мешающее закончить задание;
 чрезмерная добросовестность и скрупулезность;
 излишняя озабоченность продуктивностью, доходящая до полного отказа от развлечений, отдыха и поддержания межличностных связей;

педантизм и чрезмерная приверженность социальным условностям;
 ригидность и упрямство;
 настойчивое предъявление к окружающим необоснованных требований с целью добиться того, чтобы остальные поступали так же, как он, или неразумное стремление делать все самому.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, коррекция эмоциональных (тревоги, фобий) и поведенческих нарушений, изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, уменьшение эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение уровня психологической, поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания (определяется терапевтической динамикой симптоматики);

в стационарных условиях (при тяжелой декомпенсации с нарушением трудоспособности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 6 месяцев до неопределенно длительного срока;

в стационарных условиях – до 30 дней.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий - смотри F60-F69.

F60.6

Тревожное расстройство личности

Общая характеристика

Для тревожного расстройства личности удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Присутствуют, по меньшей мере, четыре признака из числа следующих:
 постоянное общее ощущение напряженности и тяжелые предчувствия;
 убежденность в своей неприспособленности к жизни, социальной неадекватности, непривлекательности или неполноценности по сравнению с другими;

излишняя озабоченность в связи с возможностью стать объектом критики или оказаться отвергнутым в социальных ситуациях;

нежелание вступать в контакт с людьми при отсутствии уверенности в их позитивном отношении;

введение определенных ограничений, отражающихся на общем образе жизни, из-за потребности в обеспечении физической безопасности;

избегание социальной активности или профессиональной деятельности, требующей более или менее частых межличностных контактов, из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, коррекция тревожности и формирование уверенности в себе, изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, уменьшение эмоциональных (симптомов тревоги и субдепрессии), когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, восстановление прежнего уровня психологической, поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания (определяется терапевтической динамикой симптоматики);

в стационарных условиях (при тяжелой декомпенсации с нарушением трудоспособности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 6 месяцев до неопределенно длительного срока;

в стационарных условиях – до 30 дней.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий - смотри F60-F69.

F60.7

Зависимое расстройство личности

Общая характеристика

Для зависимого расстройства личности удовлетворяются общие критерии расстройства личности (F60).

Присутствуют, по меньшей мере, четыре признака из числа следующих:

активное или пассивное перекладывание на других принятия большинства важных решений в своей жизни;

добровольное подчинение своих собственных нужд потребностям тех, от кого зависит данное лицо, и чрезмерная склонность уступать их желаниям;

нежелание предъявлять даже разумные требования лицам, от которых находится в зависимости;

ощущение дискомфорта или чувство беспомощности, испытываемое в случаях, когда остается в одиночестве (вследствие преувеличенных опасений оказаться неспособным позаботиться о себе);

озабоченность, вызванная страхом оказаться покинутым и предоставленным самому себе;

ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны окружающих.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, коррекция симптомов тревоги и субдепрессии, коррекция зависимого поведения, изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций, уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений дезадаптации, уменьшение эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение уровня психологической, поведенческой, социальной и трудовой адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания (определяется терапевтической динамикой симптоматики);

в стационарных условиях (при тяжелой декомпенсации с нарушением трудоспособности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 6 месяцев до неопределенно длительного срока;

в стационарных условиях – до 30 дней.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий - смотри F60-F69.

F63

Расстройства привычек и влечений

F63.0

Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг)

F63.1

Патологическое стремление к поджогам (пиромания)

F63.2

Патологическое влечение к воровству (клептомания)

F63.3

Трихотилломания

F63.8

Другие расстройства привычек и влечений неуточненное

F63.9

Расстройство привычек и влечений неуточненное

Общая характеристика

Расстройства характеризуются определенными нарушениями поведения – повторяющимися действиями, которые не имеют какой-либо ясной

рациональной мотивации, не поддаются сознательному контролю и противоречат интересам самого пациента или других людей.

Такое поведение вызывается внутренними побуждениями к действию.

Расстройства, как правило, являются симптомами других психических заболеваний (органических, аффективных, расстройств личности и других), а в изолированном виде – это патологическое пристрастие к азартным играм (гемблинг).

Расстройства часто проявляются уже в детском или подростковом возрасте.

Оказание медицинской реабилитации начинается с момента, когда проявления (симптомы) декомпенсации значительно уменьшились, устранены выраженные нарушения поведения и интенсивность патологического влечения существенно снизилась.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: предупреждение очередной декомпенсации, коррекция симптомов тревоги и субдепрессии, коррекция патологических форм поведения (изменение патологических защитных механизмов и поведенческих реакций), уменьшение социальной изоляции (восстановление или сохранение способности к самостоятельному проживанию).

Ожидаемые результаты: купирование основных проявлений декомпенсации, существенное снижение патологического влечения, уменьшение эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, преодоление пациентом неправильных дезадаптивных моделей поведения, повышение и сохранение уровня психологической, семейной, социальной и школьной адаптации.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях – при выраженных нарушениях психических функций и ограничений жизнедеятельности (при антисоциальном поведении, выраженной интенсивности патологического влечения, невозможности проведения лечения в амбулаторных условиях (из-за нежелания пациента), низком комплаенсе, при первичной постановке или уточнении диагноза, при необходимости лечения основного (сопутствующего) психического расстройства;

в амбулаторных условиях или в условиях отделения дневного пребывания – в более легких случаях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации (в зависимости от тяжести расстройства и частоты декомпенсаций):

в стационарных условиях – от 4 до 10 недель;

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – от 1 до 3 месяцев и более.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F64

Расстройства половой идентификации

F64.0

Транссексуализм

Общая характеристика

При данном расстройстве пациент испытывает:
 дискомфорт и ощущение несоответствия своему биологическому полу;
 постоянную озабоченность избавиться от первичных и вторичных половых признаков (стремление добиться как можно более полного соответствия своего тела предпочитаемому полу путем хирургической коррекции и применения гормональной терапии);

желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола.

Транссексуальная идентификация устойчиво сохраняется, по меньшей мере, на протяжении двух лет.

Данное расстройство не является симптомом другого психического расстройства и не сочетается с хромосомной аномалией.

Перемена пола проводится в соответствии с показаниями и противопоказаниями для перемены пола.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: социализация в новом поле.

Ожидаемые результаты: стабилизация психоэмоционального состояния и поведения.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях;

в стационарных условиях – при выраженности нарушений психических функций и ограничений жизнедеятельности (при имеющихся сопутствующих аффективных расстройствах и (или) расстройствах личности).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

по показаниям.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

Основными реабилитационными мероприятиями являются:

психокоррекция и психообразование с семьей и партнерами.

Психокоррекционными являются мероприятия половой реконсильации (попытки примерения с врожденным гендерным статусом) и поддерживающие - в процессе и после перемены пола, в том числе - перед этапом гормональной и хирургической коррекции пола.

Психообразование включает информационно-разъяснительную работу перед половой переориентацией с пациентом и его родственниками.

Правовые ситуации при перемене пола

Потенциальная возможность смены гражданского (паспортного) пола исключает анонимность в оказании специализированной помощи транссексуалам.

Порядок изменения и коррекции половой принадлежности определен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.12.2010 № 163 «О некоторых вопросах изменения и коррекции половой принадлежности».

Установление транссексуализма у пациента, настаивающего на смене гражданского и акушерского пола, решение о смене пола и объеме корректирующего лечения являются компетенцией Межведомственной комиссии по оказанию медико-психологической и социальной реабилитации лиц с синдромом отрицания пола при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь (далее – Комиссия).

Комиссия выносит одно из следующих решений:

изменить гражданский пол; отказать в смене гражданского пола; отложить решение до получения дополнительных сведений о пациенте; провести хирургическую и гормональную коррекцию пола.

F64.1

Трансвестизм двойной роли

Общая характеристика

Трансвестизм двойной роли – расстройство, при котором наблюдается ношение одежды, предназначенной для лиц противоположного пола, с целью получения удовольствия и душевного комфорта от собственного внешнего вида и ощущения временной принадлежности к противоположному полу.

Какая-либо мотивация к переодеванию в одежду противоположного пола отсутствует.

Пациент не испытывает желания навсегда изменить свой пол на противоположный.

Критериями трансвестизма двойной роли являются:

желание выглядеть подобно лицу противоположного пола и реализация этого желания посредством использования атрибутов соответствующей одежды;

периодичность возникновения данного желания;

парциальность, избирательность переодевания (осуществляется в одиночестве, в незнакомой обстановке);

социальная половая роль соответствует биологическому полу;

отмечается гетеросексуальная направленность полового влечения.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция искажений сексуальной идентификации, повышение удовлетворенности половой жизнью, коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты: улучшение психоэмоционального состояния, устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов, повышение самооценки, расширение коммуникативных навыков, повышение уровня семейной и социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного стационара (как правило);

в стационарных условиях – при выраженных нарушениях психических функций и ограничений жизнедеятельности (при наличии выраженных психических расстройств).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного стационара – от 1 года до 2 лет;

в условиях психиатрического стационара – до 30 дней.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F64.2**Расстройства половой идентификации в детском возрасте****Общая характеристика**

Это расстройства, обычно проявляющиеся в раннем детском возрасте, а во всех остальных случаях – задолго до начала пубертатного периода.

У девочек

Расстройство характеризуется постоянной интенсивной неудовлетворенностью в связи с тем, что является девочкой, и выражает твердое желание быть мальчиком или настойчиво утверждает, что является мальчиком.

Присутствует один из следующих признаков:

постоянно демонстрируемое явное отвращение к традиционной женской одежде и настойчивое стремление носить сугубо мужскую (по общепринятым представлениям) одежду;

постоянно наблюдаемое отречение анатомических структур, о чем свидетельствует, по меньшей мере, один из числа следующих признаков – утверждение о наличии полового члена, отказ от мочеиспускания в сидячем положении, заявления, свидетельствующие о категорически негативном отношении к перспективе появления в будущем грудных желез или менструаций.

Девочка еще не достигла пубертатного возраста.

Расстройство наблюдается, по меньшей мере, на протяжении шести месяцев.

У мальчиков

Расстройство характеризуется постоянной интенсивной неудовлетворенностью в связи с тем, что является мальчиком, и выражает

твердое желание быть девочкой или настойчиво утверждает, что является девочкой.

Присутствует один из числа следующих признаков:

стойкая приверженность и всепоглощающий интерес к одежде и занятиям, которые принято считать типично женскими (проявляется переодеванием в женскую одежду или имитацией женского наряда либо сильным желанием участвовать в играх и прочих формах времяпрепровождения девочек и отказом от типично мальчишеских игрушек, игр и других видов деятельности);

постоянно наблюдаемое отречение от мужских анатомических структур, на что указывает, по меньшей мере, одно из числа следующих утверждений – что, когда он вырастет, то станет женщиной; что его половой член или яички отвратительны либо со временем исчезнут; что лучше бы не иметь полового члена или яичек.

Мальчик еще не достиг пубертатного возраста.

Расстройство наблюдается, по меньшей мере, на протяжении шести месяцев.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция искажений сексуальной идентификации, коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты: стабилизация психического состояния ребенка, устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов, повышение самооценки, расширение коммуникативных навыков повышение уровня семейной, школьной и социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер» г. Минска.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного стационара (как правило);

в стационарных условиях – при выраженных нарушениях психических функций и ограничений жизнедеятельности (при наличии выраженных психических расстройств).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного стационара – до полового созревания (10-13 лет);

в условиях психиатрического стационара – до 30 дней.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

Другие расстройства половой идентификации

Общая характеристика

Это расстройства половой идентификации, при которых у пациента отсутствует постоянное стремление изменить свой пол или приобрести особенности другого пола с помощью хирургического метода или гормонального лечения.

Категории лиц при расстройствах половой идентификации:

дети (до 10 лет) с устойчивым желанием переодеваться в одежды противоположного пола;

взрослые с кратковременным переодеванием в одежды противоположного пола, связанные со стрессом;

взрослые с клиническими признаками транссексуализма продолжительностью менее чем два года;

лица, которые постоянно одержимы идеей кастрации или ампутации полового члена без желания приобрести сексуальные характеристики другого пола.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция искажений сексуальной идентификации, повышение удовлетворенности половой жизнью, коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений.

Ожидаемые результаты: ослабление психического дискомфорта, связанного с неприятием себя как носителя определенного пола; улучшение психоэмоционального состояния; устранение имеющихся межличностных и внутриличностных конфликтов; повышение самооценки; расширение коммуникативных навыков; выработка сексуальных предпочтений, расширяющих возможность для установления полноценных партнерских (супружеских) отношений; формирование когнитивных и поведенческих паттернов, способствующих повышению уровня семейной и социальной адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного стационара (как правило);

в стационарных условиях – при выраженных нарушениях психических функций и ограничений жизнедеятельности (стойкой и выраженной социальной дезадаптацией).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного стационара – определяется индивидуально, до достижения ожидаемого результата (в зависимости от тяжести основной и сопутствующей патологии, уровня комплайенса);

в условиях психиатрического стационара – 4-6 недель.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F64.9

Расстройство половой идентификации неуточненное

Общая характеристика

К данному расстройству относятся наиболее легкие нарушения половой идентификации, затрагивающие полоролевые характеристики: трансформация полоролевого поведения и гиперролевое поведение.

Трансформация полоролевого поведения – это формирование полового поведения, свойственного другому полу, при правильном половом самосознании.

Легкие нарушения половой идентификации возникают под воздействием следующих микросоциальных влияний в раннем детском возрасте:

попытка родителей воспитывать ребенка в «другом поле»;

нарушение половых ролей в семье (маскулинное поведение у матери и феминное у отца);

неполные семьи, в которых мать воспитывает сына «по своему образу и подобию»;

изоляция девочек от матери или недостаточная материнская любовь и отсутствие ласки в детстве.

Легкие полоролевые нарушения проявляются уже с 3-6 лет: девочки играют в мальчишеские игры, дерутся, охотно надевают мальчишескую одежду, а мальчики растут мягкими, ласковыми, послушными, избегают конфликтов, любят помогать дома по хозяйству, опекают малышей, с удовольствием занимаются музыкой и танцами.

Взрослым женщинам с трансформацией половой роли свойственны: негативное отношение к представительницам своего пола, строгая одежда, безразличие к украшениям и косметике, короткая стрижка, выбор мужских профессий, товарищеское отношение к мужчинам, садистические наклонности (которые реализуются через моральное унижение партнера). Отмечается запаздывание интереса к половой жизни.

Феминизированные мужчины хорошо социально адаптируются. Они «находят» себя в кулинарном искусстве, моделировании и пошиве одежды в силу своей мягкости, конформности и домовитости. Однако они пассивны в половой близости, что приводит к супружеским конфликтам и разрыву отношений.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: у детей - формирование ролевого поведения более свойственного их полу (маскулинного – у мальчиков, феминного – у девочек); у взрослых – коррекция семейно-сексуальной дисгармонии в паре и агрессивных проявлений гиперролевого поведения у мужчин, реже – у женщин.

Ожидаемые результаты: улучшение сексуального функционирования, повышение уровня социально-психологической адаптации.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер», «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер», «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер», «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного стационара (как правило);

в стационарных условиях – при выраженных нарушениях психических функций и ограничений жизнедеятельности (при наличии расстройств личности и другой выраженной психической патологии).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях и в условиях отделения дневного стационара – до 1 года и более;

в условиях психиатрического стационара – до 3-4 недели.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65

Расстройства сексуального предпочтения

Общая характеристика

Критериями сексуальной нормы являются следующие признаки: парность, гетеросексуальность, половозрелость партнеров, добровольность связи, стремление к обоюдному наслаждению.

Общие критерии расстройств сексуального предпочтения

Индивиду свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные объекты или формы проявления половой активности.

Индивид либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает в связи с ними значительный дистресс.

Предпочтение такого рода наблюдается, по меньшей мере, в течение шести месяцев.

Тяжесть расстройств сексуального предпочтения определяется степенью дезадаптирующего влияния девиантной сексуальности на жизнь пациента.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: ослабление аномального полового влечения, коррекция расстройств сексуального предпочтения, повышение социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации.

Ожидаемые результаты: разрушение паттерна аномального сексуального поведения, выработка и реализация поведения, замещающего парафильное.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях - предпочтительно;

в условиях психиатрического стационара – при выраженных нарушениях психических функций и ограничений жизнедеятельности (при наличии грубой социальной дезадаптации).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях – от 2 и более лет;

в условиях психиатрического стационара – до 30 дней.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.0

Фетишизм

Общая характеристика

Удовлетворяются общие критерии расстройств полового предпочтения.

Общие критерии расстройств сексуального предпочтения

Индивиду свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные объекты или формы проявления половой активности.

Индивид либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает в связи с ними значительный дистресс.

Предпочтение такого рода наблюдается, по меньшей мере, в течение шести месяцев.

Тяжесть расстройств сексуального предпочтения определяется степенью дезадаптирующего влияния девиантной сексуальности на жизнь пациента.

Фетиш (какой-либо неодушевленный предмет) является наиболее важным средством сексуальной стимуляции или необходим для обеспечения удовлетворительной сексуальной реакции.

Фетишизм – использование какой-либо неодушевленного предмета (фетиша) в качестве источника сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения.

Уровни:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер», «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер», «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер», «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска.

Цель и ожидаемые результаты, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.1

Фетишисткий трансвестизм

Общая характеристика

Удовлетворяются общие критерии расстройств полового предпочтения.

Общие критерии расстройств сексуального предпочтения

Индивиду свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные объекты или формы проявления половой активности.

Индивид либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает в связи с ними значительный дистресс.

Предпочтение такого рода наблюдается, по меньшей мере, в течение шести месяцев.

Тяжесть расстройств сексуального предпочтения определяется степенью дезадаптирующего влияния девиантной сексуальности на жизнь пациента.

Фетишисткий трансвестизм – надевание предметов одежды, предназначенной для лиц противоположного пола, для воссоздания соответствующей этому полу внешности и ощущения принадлежности к нему.

Переодевание в одежду противоположного пола связано с половым возбуждением. При достижении оргазма и снижении полового возбуждения возникает сильное желание снять не соответствующую его полу одежду.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.2

Эксгибиционизм

Общая характеристика

Удовлетворяются общие критерии расстройств полового предпочтения.

Общие критерии расстройств сексуального предпочтения

Индивиду свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные объекты или формы проявления половой активности.

Индивид либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает в связи с ними значительный дистресс.

Предпочтение такого рода наблюдается, по меньшей мере, в течение шести месяцев.

Тяжесть расстройств сексуального предпочтения определяется степенью дезадаптирующего влияния девиантной сексуальности на жизнь пациента.

При эксгибиционизме наблюдается периодически возникающая или постоянная склонность неожиданно демонстрировать свои гениталии ничего

не подозревающим незнакомым людям (как правило, противоположного пола), что обычно сопровождается возникновением полового возбуждения и мастурбацией.

Намерение совершить половой акт с лицом, которому отводится роль невольного «зрителя», отсутствует.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.3

Вуайеризм

Общая характеристика

Удовлетворяются общие критерии расстройств полового предпочтения.

Общие критерии расстройств сексуального предпочтения

Индивиду свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные объекты или формы проявления половой активности.

Индивид либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает в связи с ними значительный дистресс.

Предпочтение такого рода наблюдается, по меньшей мере, в течение шести месяцев.

Тяжесть расстройств сексуального предпочтения определяется степенью дезадаптирующего влияния девиантной сексуальности на жизнь пациента.

При вуайеризме отмечается периодически возникающая или постоянная склонность подглядывать за людьми, находящимися в состоянии половой активности или в процессе других интимных занятий (таких как раздевание), что сопровождается возникновением полового возбуждения и мастурбацией.

Отсутствует желание обнаруживать свое присутствие.

Отсутствует намерение вступить в половую связь с наблюдаемым лицом (лицами).

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.4

Педофилия

Общая характеристика

Удовлетворяются общие критерии расстройств полового предпочтения.

Общие критерии расстройств сексуального предпочтения

Индивиду свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные объекты или формы проявления половой активности.

Индивид либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает в связи с ними значительный дистресс.

Предпочтение такого рода наблюдается, по меньшей мере, в течение шести месяцев.

Тяжесть расстройств сексуального предпочтения определяется степенью дезадаптирующего влияния девиантной сексуальности на жизнь пациента.

При педофилии наблюдается постоянное или преобладающее предпочтение половой активности с ребенком или детьми (либо мальчиком, либо девочкой, либо представителями обоих полов) препубертатного возраста.

При этом субъекту не менее 16 лет и он как минимум на пять лет старше ребенка или детей.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.5

Садомазохизм

Общая характеристика

Удовлетворяются общие критерии расстройств полового предпочтения.

Общие критерии расстройств сексуального предпочтения

Индивиду свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные объекты или формы проявления половой активности.

Индивид либо поступает в соответствии с этими влечениями, либо испытывает в связи с ними значительный дистресс.

Предпочтение такого рода наблюдается, по меньшей мере, в течение шести месяцев.

Тяжесть расстройств сексуального предпочтения определяется степенью дезадаптирующего влияния девиантной сексуальности на жизнь пациента.

При садوماзохизме отдается предпочтение:

быть объектом (мазохизм) половой активности;

быть субъектом (садизм) половой активности;

либо и объектом, и субъектом половой активности.

Садомазохизм включает, по меньшей мере, один из числа следующих компонентов: причинение физических страданий; унижение; связывание.

Садомазохистическая активность является основным источником стимуляции или необходимым средством достижения полового удовлетворения.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.6

Множественные расстройства сексуального предпочтения

Общая характеристика

При множественных расстройствах сексуального предпочтения наблюдается сочетание нескольких аномалий сексуального предпочтения, причем ни одна из них не преобладает.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.8

Другие расстройства сексуального предпочтения

Общая характеристика

Отмечается множество других вариантов нарушений полового предпочтения и сексуальной активности, каждое из которых является относительно редким.

К ним относятся: непристойные телефонные звонки, прикосновения к незнакомым людям и трение о них в многолюдных общественных местах (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), трупами (некрофилия), использование удушения для усиления возбуждения, предпочтение партнеров с особыми анатомическими дефектами (например, ампутированной конечностью (апотемнофилия)).

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F65.9

Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное

Общая характеристика

К таким расстройствам относятся: неуточненные девиации полового влечения или сексуального поведения.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации – смотри F65.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F66

Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией

Общая характеристика

Это расстройства, связанные с отклонениями в половом развитии или сексуальной ориентации, при которых половое предпочтение может и не быть аномальным.

Для указания на связь с сексуальной ориентацией выделяют следующие типы сексуальной ориентации: гетеросексуальный тип, гомосексуальный тип, бисексуальный тип, другие типы (включая педофилический).

F66.0

Расстройство полового (психосексуального) созревания

Общая характеристика

Это нарушение психосексуального развития, проявляющееся в сомнениях молодых людей в собственной половой принадлежности или сексуальной ориентации.

Молодые люди не могут прийти к ясности в вопросе о собственной сексуальной ориентации (гомо-, гетеро- или бисексуальной) или после периода явно стабильной сексуальной ориентации обнаруживают, что их сексуальная ориентация изменяется.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: разрешение сомнений пациентов в своей половой принадлежности либо сексуальной ориентации.

Ожидаемые результаты: ослабление навязчивых сомнений по поводу собственной сексуальности, повышение психосексуальной и социальной адаптации пациентов.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» г. Минска.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях – 6-8 недель.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F66.1

Эго-дистоническая сексуальная ориентация по полу

Общая характеристика

К данной группе относятся случаи, когда половая идентификация или характер сексуального предпочтения (гетеро-, гомо- или бисексуальное либо педофилическое) не вызывают сомнений, однако индивид желает, чтобы они были иными (в связи с сопутствующими психологическими или поведенческими расстройствами) и может обращаться за медицинской помощью с целью изменить их.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: выработка и реализация паттернов поведения, свойственных своему биологическому полу.

Ожидаемые результаты: повышение психосексуальной и социальной адаптации пациентов.

Условия оказания медицинской реабилитации:
в амбулаторных условиях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:
в амбулаторных условиях – от нескольких месяцев до нескольких лет.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий - смотри F60-F69.

F66.2

Расстройство сексуальных отношений

Общая характеристика

Имеющая место половая идентификация или сексуальная ориентация (гетеро-, гомо- или бисексуальная) приводят к затруднениям в формировании или поддержании отношений с сексуальным партнером.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: коррекция межличностного и сексуального взаимодействия с партнером.

Ожидаемые результаты: улучшение межличностного и сексуального взаимодействия с партнером, выработка и практическая реализация паттернов сексуального поведения, свойственных своему биологическому полу, повышение психосексуальной и социальной адаптации пациентов.

Условия оказания медицинской реабилитации: в амбулаторных условиях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации: от 1 до 2-3 месяцев.

Уровни - смотри F66.0.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F66.8

Другие расстройства психосексуального развития

Общая характеристика

К данным расстройствам относятся:

преждевременное психосексуальное развитие;
задержки психосексуального развития (ретардации).

Преждевременное психосексуальное развитие – это раннее становление сексуальности, опережающее средние возрастные нормы и половое созревание.

Реализация девиантных форм половой активности в возрасте до 10 лет приводит к их прочной фиксации с формированием выходящего за рамки нормы сексуального стереотипа, который в дальнейшем практически не поддается терапевтической коррекции.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: повышение социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации.

Ожидаемые результаты: формирование и достижение завершенности этапов и стадий психосексуального развития; формирование адекватных представлений об интимных отношениях и выборе потенциального сексуального партнера; выработка оптимальной модели поведения на всех этапах сближения (от первого знакомства и платонического ухаживания до эротических ласк и полового акта).

Условия оказания медицинской реабилитации: в амбулаторных условиях (преимущественно); в условиях психиатрического стационара – при выраженных нарушениях психических функций и ограничений жизнедеятельности (при грубых расстройствах эмоций и поведения).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации: от одного до нескольких месяцев.

Задержки психосексуального развития (далее – ЗПР) – отставание сроков становления сексуальности от возрастной нормы пациента.

Причины: соматогенные, психогенные, социогенные.

ЗПР у детей не привлекают внимания их родителей, проявляясь отсутствием полового любопытства, игнорированием полоролевых игр или их смещением на школьный возраст.

У взрослых становление зрелой сексуальности задерживается на платонической или эротической стадии. Это приводит к значительным затруднениям при попытках половых контактов, поскольку у таких пациентов не сформированы навыки адекватного платонического и эротического общения с лицом противоположного пола, обеспечивающие гармоничный переход к коитусу.

Уровни - смотри F66.0.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий - смотри F60-F69.

F66.9

Расстройство психосексуального развития неуточненное

Общая характеристика, цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации - смотри F66.0.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F68

Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

Общая характеристика, цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации - смотри F66.0.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

F69**Неуточненное расстройство зрелой личности
и поведения у взрослых**

Общая характеристика, цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации - смотри F66.0.

Этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий – смотри F60-F69.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ F70 – F73

Общая характеристика

Умственная отсталость – расстройство, которое характеризуется отставанием (задержкой или неполнотой) интеллектуального развития (в возрасте до 3 лет) и сопровождается нарушением адаптивного поведения. Проявляется умственная отсталость в когнитивной сфере, речи, моторике, способности к обучению и социальном функционировании. Отсталость может наблюдаться в сочетании с любым другим психическим или соматическим расстройством или вне такого сочетания. Степень умственной отсталости оценивается с помощью стандартизированных тестов интеллекта, которые дополняются шкалами оценки социальной адаптации в данной среде.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: адаптация ребенка в условиях семьи и/или специализированного учреждения (детский сад, специализированная школа) на максимально возможном уровне, в подростковом возрасте – решение вопросов профессиональной пригодности, получение профессии (при легких степенях задержки), а при невозможности освоения элементарной профессии – направление на МРЭК; редукция осложняющей психопатологической симптоматики; обучение социальным, трудовым навыкам и умениям; упорядочивание поведения.

Ожидаемые результаты:

улучшение когнитивных, социально-бытовых навыков;
восстановление нарушенного адаптивного поведения.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения, государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»».

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и в учреждениях социального обеспечения в зависимости от степени нарушения когнитивных способностей, снижения социально-бытовых навыков, степени выраженности поведенческих нарушений.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);
- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации (определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности).

На лечебно-реабилитационном этапе и этапе ранней стационарной медицинской реабилитации (этапе купирующей терапии):

в стационарных условиях от 1 до 3 месяцев (пациентам со значительной глубиной эпизодов аффективных расстройств, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций или при неэффективности амбулаторного лечения).

На амбулаторном этапе, в том числе в отделении дневного пребывания:

в отделении дневного пребывания – от 1 до 4 месяцев, в амбулаторных условиях – от 2 до 6 месяцев (пациентам с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств; со стабилизацией настроения; при условии их упорядоченного поведения, установившихся отношений с лечащим врачом и следования плану лечения; при наличии семейной поддержки; отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций; при возвращении способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные функции).

На этапе поздней стационарной медицинской реабилитации (этапе долечивающей и стабилизирующей терапии):

при повторном поступлении в стационар психиатрического профиля для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления – от 1 до 4 месяцев (при наличии у пациента приступа тяжелого, либо затяжного (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентного, либо угрожавшего жизни).

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при умственной отсталости:

код по МКБ-10;

нозологическое название по МКБ-10;

степень выраженности двух основных компонентов умственной отсталости – уровня когнитивных способностей и сниженной способности к социальной адаптации (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая);

период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);

осложнения основного заболевания;

оценка нарушенных психических функций (по степеням);

оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);

реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);

реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:

психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;

лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);

обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется *клинико-функциональный диагноз* (смотри F70-F73);

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культорганизатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении умственной отсталости;

стимуляция психической активности;

формирование целенаправленного поведения и работа с нежелательными формами поведения;

своевременной формирование образовательного маршрута для пациента (определение в специализированные детские сады, школы, классы, центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации);

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

медико-психологическая коррекция аффективных, когнитивных и коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

работа с нежелательными формами поведения;

психологическое консультирование пациентов в подростковом возрасте по вопросам профессиональной пригодности;

психологическая поддержка родственников в плане ухода за пациентом:

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью нарушений рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (в интегрированные классы).

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

отреагирования чувств и переживания положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;

тренировки мелкой моторики;

коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии).

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации - осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам:

- с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций;

- с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-м этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F70-F73);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении умственной отсталости;

стимуляция психической активности;

формирование целенаправленного поведения и работа с нежелательными формами поведения;

своевременной формированием образовательного маршрута для пациента (определение в специализированные детские сады, школы, классы, центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации);

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

преодоление ситуации, обусловленной сменой ролевых функций, недооценки значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

медико-психологическая коррекция аффективных, когнитивных и коммуникативных нарушений (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

работа с нежелательными формами поведения;

психологическое консультирование пациентов в подростковом возрасте по вопросам профессиональной пригодности;

психологическая поддержка родственников в плане ухода за пациентом:

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью нарушений рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (в интегрированные классы).

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в бытовой, трудовой и семейной адаптации пациентов (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;

тренировки мелкой моторики;

коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии);

посещение театров, кинотеатров, концертов, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента

проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F70-F73);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

F70

Легкая умственная отсталость

Общая характеристика

Уровень когнитивных способностей находится в диапазоне IQ 50-69 (по тесту Векслера), что условно соответствует психологическому возрасту взрослых 9-12 лет.

У взрослых - социальное функционирование ограничено, но возможно в любой общественной группе (возможно достижение полной независимости в социально-бытовых навыках и умениях, возможно обучение как неквалифицированному ручному труду, так и профессии, не требующей высокой квалификации).

У детей – отмечаются затруднения в школьной успеваемости (в обучении чтению и письму).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель:

адаптация ребенка в условиях семьи и/или специализированного учреждения (детский сад, специализированная школа) на максимально возможном для него уровне.

Ожидаемые результаты:

приобретение широкого спектра бытовых навыков и простых социальных навыков;

освоение несложных профессий с последующим трудоустройством;

ориентация на независимое функционирование.

Уровни, условия, продолжительность оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий - смотри F70- F73.

F71

Умеренная умственная отсталость

Общая характеристика

Уровень когнитивных способностей находится в диапазоне IQ 35-49 (по тесту Векслера), что условно соответствует психологическому возрасту взрослых 6-9 лет.

Уровень социального функционирования ограничен пределами семьи и специальной группы.

У детей – отмечается отставание в интеллектуальном развитии с раннего детства, базисные навыки (умение читать, основы письма и счета) развиваются в специальной школе.

Взрослые поддаются обучению и со временем достигают некоторого уровня независимости, освоив навыки, необходимые для самообслуживания и адекватного общения.

Однако, и взрослые, и дети нуждаются в постороннем надзоре.

Жить и работать вне специализированных учреждений, вести самостоятельный образ жизни они не могут.

Часто расстройство сочетается с аутизмом, эпилептическим синдромом или другой неврологической симптоматикой.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: адаптация ребенка в условиях семьи и/или специализированного учреждения (детский сад, специализированная школа) на максимально возможном для него уровне; приобретение широкого спектра бытовых навыков и простых социальных навыков.

Ожидаемые результаты:

улучшение или восстановление прежнего уровня социально-бытовых навыков;

редукция сопутствующей психопатологической симптоматики;

освоение несложных профессий с последующим трудоустройством;

ориентация на независимое функционирование.

Условия и продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях – в течение всей жизни (при содержании в семье, либо в учреждениях дневного пребывания, либо в учреждениях социального обслуживания);

в отделении дневного пребывания или в условиях психиатрического стационара – при умеренно-выраженных нарушениях психических функций и ограничениях жизнедеятельности (при наличии осложняющей симптоматики или состояниях декомпенсации).

Уровни, оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий - смотри F70-F73.

F72

Тяжелая умственная отсталость

Общая характеристика

Уровень когнитивных способностей находится в диапазоне IQ 20-34 (по тесту Векслера), что условно соответствует психологическому возрасту взрослых 3-6 лет.

Расстройство часто сочетается с выраженными нарушениями моторики, недоразвитием речи (вплоть до ее полного отсутствия), эпилептическим синдромом и психомоторным возбуждением.

Пациенты нуждаются в постоянном постороннем надзоре и уходе.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель: адаптация ребенка в условиях семьи и/или специализированного учреждения (детский сад, специализированная школа) на максимально возможном для него уровне.

Ожидаемые результаты:

усвоение элементарных навыков самообслуживания;

редукция сопутствующей психопатологической симптоматики.

Условия и продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях – в течение всей жизни (при содержании в семье либо в учреждениях социального обслуживания) при постоянном лечебном контроле;

в отделении дневного пребывания или в условиях психиатрического стационара – при выраженных нарушениях психических функций и ограничениях жизнедеятельности.

Уровни оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий - смотри F70-F73.

F73

Глубокая умственная отсталость

Общая характеристика

Уровень когнитивных способностей - IQ ниже 20 баллов (по тесту Векслера), что условно соответствует психологическому возрасту взрослых – менее трех лет.

Способность к освоению хотя бы элементарных навыков самообслуживания, к общению (не способны понимать и выполнять требования или простые инструкции) и передвижению крайне ограничена или отсутствует, отмечается недержание мочи и кала.

Пациенты нуждаются в постоянном постороннем надзоре и уходе.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации в некоторых случаях возможно усвоение навыков самообслуживания, упорядочивание поведения.

Условия и продолжительность оказания медицинской реабилитации: в амбулаторных условиях – в течение всей жизни (при содержании в семье либо в учреждениях социального обслуживания) при постоянном лечебном контроле.

Уровни оказания медицинской реабилитации - смотри F70- F73.

РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО (ПСИХИЧЕСКОГО) РАЗВИТИЯ F80 – F89

Общая характеристика

Расстройства имеют ряд общих признаков:

начало (обязательно) в младенчестве или детстве;
нарушение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;
ровное – без ремиссий или рецидивов - течение.

Поражаются такие функции, как речь, навыки зрительно-пространственного восприятия и (или) двигательная координация.

Дефицитарная симптоматика уменьшается по мере того, как ребенок становится старше.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации

Цель:

уменьшение социальной изоляции;

коррекция расстройств психологического (психического) развития;

коррекция сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств.

Ожидаемые результаты:

при специфических расстройствах развития речи и языка – восстановление речевой функции;

при специфических расстройствах развития школьных навыков – улучшение школьных навыков (при дислексии – улучшение навыков чтения, при дисграфии – устранение ошибок при письме, улучшение навыков письма под диктовку и самостоятельного письма, при дискалькулии – улучшение навыков счетных операций);

при специфическом расстройстве развития двигательных функций – улучшение двигательных функций, координации, развитие графомоторной функции.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и в условиях детских специализированных учреждений в зависимости от выраженности психологических нарушений, тяжести психических и поведенческих расстройств, степени социальной дезадаптации.

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);
- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Продолжительность проведения реабилитационных мероприятий определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности.

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при расстройствах психологического (психического) развития:

- код по МКБ-10;
- нозологическое название по МКБ-10;
- степень выраженности (легкая, средней тяжести, тяжелая);
- период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);
- осложнения основного заболевания;
- оценка нарушенных психических функций (по степеням);
- оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);
- реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);
- реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:
психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;
лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);

обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения

(пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F80-F89);

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культурного организатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении **расстройств психологического (психического) развития;**

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

выработка адекватных коммуникативных навыков;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

информирование родственников в отношении семейно-бытовых условий, режима и системы воспитания.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция аффективных и поведенческих расстройств (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений;

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

консультирование родственников в отношении взаимодействия с пациентом и ухода за ним;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Логопедическая помощь пациентам (логопедические занятия)

коррекция расстройств психологического (психического) развития:

при специфических расстройствах развития речи и языка – восстановление речевой функции;

при специфических расстройствах развития школьных навыков – улучшение школьных навыков (при дислексии – улучшение навыков чтения, при дисграфии – устранение ошибок при письме, улучшение навыков письма под диктовку и самостоятельного письма, при дискалькулии – улучшение навыков счетных операций);

при специфическом расстройстве развития двигательных функций – улучшение двигательных функций, координации, развитие графомоторной функции.

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью нарушений рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (в интегрированные классы).

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

отреагирования чувств и переживания положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;

тренировки мелкой моторики;
коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии).

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации - осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам:

- с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций;

- с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-м этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F80-F89);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении ***расстройств психологического (психического) развития:***

эмоциональных расстройств, расстройств поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

информирование родственников в отношении семейно-бытовых условий, режима и системы воспитания.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция аффективных и поведенческих расстройств (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

консультирование родственников в отношении взаимодействия с пациентом и ухода за ним;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в бытовой, трудовой и семейной адаптации пациентов (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Логопедическая помощь пациентам (логопедические занятия)

коррекция расстройств психологического (психического) развития:

при специфических расстройствах развития речи и языка – восстановление речевой функции;

при специфических расстройствах развития школьных навыков – улучшение школьных навыков (при дислексии – улучшение навыков чтения, при дисграфии – устранение ошибок при письме, улучшение навыков письма под диктовку и самостоятельного письма, при дискалькулии – улучшение навыков счетных операций);

при специфическом расстройстве развития двигательных функций – улучшение двигательных функций, координации, развитие графомоторной функции.

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью нарушений рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (в интегрированные классы).

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;

тренировки мелкой моторики;

коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии);

посещение театров, кинотеатров, концертов, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F80-F89);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

F80

Специфические расстройства развития речи и языка

Общая характеристика

Данные расстройства характеризуются нарушением нормального речевого развития на ранних этапах онтогенеза.

Расстройства нельзя объяснить неврологическим или речевым механизмом патологии, сенсорными повреждениями, умственной отсталостью или средовыми факторами.

Расстройства чаще всего влекут за собой и другие проблемы – затруднения в чтении и письме, нарушение межличностных связей, эмоциональные и поведенческие нарушения.

F80.0

Специфическое расстройство речевой артикуляции (дислалия)

Общая характеристика

Дислалия – это нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Дислалия проявляется:

неправильным звуковым оформлением речи;

искаженным произнесением звуков;

заменой, смещением, пропуском звуков.

Формирование нормального звукопроизношения происходит только к 4-5 годам.

Выделяют:

парциальную (простую) дислалию - выпадает один или два звука, но речь остается понятной;

множественную дислалию - выпадает более двух звуков, понимание речи затруднено;

универсальную дислалию - выпадает множество звуков, речь становится непонятной.

Выделяют также: физиологическую, органическую и функциональную дислалию.

Физиологическая дислалия – это нормальная переходная стадия в процессе развития речи (заканчивается к четырем годам).

Органическая дислалия – обусловлена анатомическими дефектами артикуляционного аппарата (неправильный прикус, деформация верхнего неба, языка, короткая уздечка и другие).

Функциональная дислалия – характеризуется дефектами звукопроизношения при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата.

Дети с расстройством развития речевой артикуляции могут иметь сопутствующие нарушения социального, эмоционального и поведенческого характера.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция проявлений школьной дезадаптации;

улучшение школьной успеваемости;

коррекция звукопроизношения;

автоматизация звуков;

расширение словарного запаса.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях;

специализированное детское учреждение (логопедические занятия).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

до достижения результата.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F80-F89.

Логопедическая помощь (зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка) – носит дифференцированный характер (проводятся коррекционные логопедические занятия).

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими речевыми нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью речевых нарушений рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (в интегрированные классы).

Реабилитационные мероприятия при сопутствующих поведенческих нарушениях – смотри F90.

F80.1

Расстройство экспрессивной речи

Общая характеристика

Расстройство экспрессивной речи (моторная алалия) – это специфическое нарушение развития речи, при котором отсутствует или ограничено пользование речью при относительно сохранном понимании речи.

Расстройство не является результатом отсутствия благоприятных условий для обучения или следствием умственной отсталости.

Нарушение развития обусловлено поражением речевых зон доминантного полушария.

Основными проявлениями моторной алалии являются:

- задержка темпа нормального усвоения языка (первые слова появляются в 2-3 года, отсутствует лепет, поздно формируется фразовая речь – после 4 лет);
- наличие нарушений формирования грамматической, лексической и фонематической сторон речи;
- удовлетворительное понимание обращенной речи.

Фонематические нарушения проявляются в дефектах звукопроизношения.

Лексические нарушения характеризуются бедностью словарного запаса, низким уровнем словесного обобщения, сложностями формирования речевого высказывания.

Грамматические нарушения проявляются ошибками в употреблении словесных окончаний, нарушениями словообразования, неправильным использованием предлогов, местоимений, спряжений, склонений существительных и глаголов.

Характерно адекватное использование невербальных реплик и жестов.

Речевые нарушения часто сочетаются с эмоционально-волевыми, церебростеническими, поведенческими нарушениями; отмечается моторная неловкость, дискоординация движения, двигательная замедленность или гиперактивность.

Выделяют 3 уровня общего недоразвития речи (ОНР):

ОНР I уровень – характеризуется отсутствием речевых средств общения или лепетным состоянием;

ОНР II уровень – характеризуется осуществлением общения посредством использования постоянного, хотя и искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов;

ОНР III уровень – характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция проявлений школьной дезадаптации;

улучшение школьной успеваемости;

максимально возможное восстановление речевой функции;

компенсация психических нарушений.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F80.0.

Логопедическая помощь (зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка) – носит дифференцированный характер.

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими речевыми нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью речевых нарушений рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (в интегрированные классы).

Реабилитационные мероприятия при сопутствующих поведенческих нарушениях – смотри F90.

F80.2**Расстройство рецептивной речи****Общая характеристика**

Расстройство рецептивной речи (сенсорная алалия) – это специфическое нарушение развития речи, при котором понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному развитию, при сохранном слухе.

Расстройство не является результатом отсутствия благоприятных условий для обучения или следствием умственной отсталости, получения мозговой травмы или психического заболевания.

Расстройство проявляется:

ранними признаками (неспособность реагировать на знакомые названия с раннего детства, неспособность идентифицировать несколько предметов к 18 месяцам, неспособность следовать простым инструкциям в возрасте 2 лет);

поздними нарушениями (неспособность к пониманию грамматических структур – отрицаний, сравнений, вопросов);

не формируется связь между словом и предметом, словом и действием.

Отмечается задержка интеллектуального развития.

Характерно нормальное использование жестов, нормальные ролевые игры.

Присутствуют эмоциональные компенсаторные реакции, гиперактивность, невнимательность, социальная неприспособленность, тревога, изоляция от сверстников.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция проявлений школьной дезадаптации;

улучшение школьной успеваемости;

максимально возможное восстановление речевой функции;

компенсация психических нарушений.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F80.0, F80.1.

Логопедическая помощь (зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка) – носит дифференцированный характер.

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими речевыми нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью речевых нарушений рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (в интегрированные классы).

F80.3**Приобретенная афазия с эпилепсией
(синдром Ландау-Клеффнера)****Общая характеристика**

Синдром Ландау-Клеффнера (далее – СЛК) включает в себя приобретенную афазию, наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ и эпилептических припадков, нарушение поведения в виде гиперактивности, агрессивности, аутичности.

СЛК развивается у здоровых детей в возрасте 3-8 лет на фоне нормально сформированной речи.

СЛК проявляется:

утратой в распознавании и дифференцировке устной речи и знакомых звуков (вербальная агнозия), при этом – контакт с ребенком на невербальном уровне с помощью жестов или письма сохранен;

наличием эпилептических припадков (у 70-80% пациентов) – приступы могут как предшествовать афазии, так и появляться на фоне речевых нарушений (наиболее часто – это простые парциальные моторные приступы, сложные парциальные припадки, генерализованные тонико-клонические приступы, атонические приступы, атипичные абсансы, реже – это миоклонические приступы, вовлекающие лицо и глаза;

изменениями на ЭЭГ (наличием выраженной эпилептиформной активности).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция проявлений школьной дезадаптации;

улучшение школьной успеваемости;

максимально возможное восстановление речевой функции;

компенсация психических нарушений;

достижение клинкоэлектроэнцефалографической ремиссии (если это возможно).

Условия оказания медицинской реабилитации (зависят от степени выраженности нарушений психических функций и ограничений жизнедеятельности):

в стационарных условиях (при выраженных речевых нарушениях и необходимости подбора лекарственных средств);

в амбулаторных условиях (для дальнейшего наблюдения, коррекции лечения и продолжения проведения реабилитационных мероприятий).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в стационарных условиях – от 2 недель до 2 месяцев;

в амбулаторных условиях – длительно.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F80-F89.

Логопедическая помощь (зависит от тяжести речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка) – носит дифференцированный характер.

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия:

дети с легкими речевыми нарушениями могут заниматься в общеобразовательной школе;

детей со средней и тяжелой степенью речевых нарушений рекомендуется направлять в специализированные дошкольные учреждения и школы (в интегрированные классы).

Реабилитационные мероприятия при сопутствующих поведенческих нарушениях – смотри F90.

Прогноз зависит от своевременности и адекватности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

F81

Специфические расстройства школьных навыков

Общая характеристика

Это расстройства, при которых приобретение школьных навыков нарушено с ранних стадий развития.

Расстройства не являются результатом отсутствия благоприятных условий для обучения или следствием умственной отсталости, получения мозговой травмы или психического заболевания.

Расстройства должны присутствовать с первых лет обучения, а не приобретаться в ходе образования.

Расстройства не являются прямым следствием дефекта зрения, слуха или неврологического заболевания.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F80-F89.

Реабилитационные мероприятия при сопутствующих поведенческих нарушениях – смотри F90.

F81.0

Специфическое развитие чтения (дислексия)

Общая характеристика

Дислексия – это расстройство развития способности к чтению (включает задержку и нарушение этой способности), которое нельзя объяснить умственной отсталостью или неадекватным обучением.

Дислексия – не является результатом дефекта зрения, слуха или неврологического расстройства и диагностируется в возрасте 7-8 лет.

Дислексия проявляется:

многочисленными ошибками чтения (замены, пропуски, перемена местами или добавление слов или частей слов);

замедленным темпом чтения;

трудностями при начале чтения вслух;

длительными задержками и потерей строчек в тексте;

неправильными интонациями при чтении вслух;

случайными заменами слов в предложении или в словах букв;

нарушениями понимания прочитанного текста.

Характерны сопутствующие эмоциональные и поведенческие расстройства.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:
коррекция проявлений школьной дезадаптации;

улучшение школьной успеваемости;
улучшение навыков чтения;
коррекция сопутствующих эмоциональных и поведенческих расстройств.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях;
в отделении дневного пребывания;
в детских специализированных учреждениях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

зависит от степени выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности (зависит от степени тяжести дислексии).

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F80.0.

Реабилитационные мероприятия при сопутствующих поведенческих нарушениях – смотри F90.

F81.1

Специфическое расстройство спеллингования (дисграфия)

Общая характеристика

Дисграфия – значительное нарушение в развитии навыков правописания (при отсутствии предшествующего специфического расстройства навыков чтения), которое нельзя объяснить неадекватным обучением или дефектами зрительных, слуховых, неврологических заболеваний.

Затруднения в орфографии присутствовали с самых ранних стадий обучения этому навыку.

Показатели правильности чтения и понимания прочитанного, а также показатели развития арифметических навыков находятся в пределах нормы.

Знания по школьной программе – в пределах ожидаемого среднего уровня.

Дисграфия в значительной мере препятствует обучению или затрудняет те виды деятельности в повседневной жизни, которые требуют умения грамотно писать.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция проявлений школьной дезадаптации;
улучшение школьной успеваемости;
устранение ошибок при письме;
улучшение навыков письма под диктовку и самостоятельного письма.

Уровни, условия и продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F80.1, F81.0.

Реабилитационные мероприятия при сопутствующих поведенческих нарушениях – смотри F90.

F81.2

Специфическое расстройство арифметических навыков (дискалькулия)

Общая характеристика

Дискалькулия – специфическое расстройство навыков счета, которое нельзя объяснить общим недоразвитием или неадекватным обучением.

Основные проявления:

трудности в цифровой семантике: счетные операции недоступны пониманию, не устанавливаются количественные соотношения, отсутствует представление о числовом пространстве;

трудности в осознанном овладении счетом: ошибочный счет, с трудом дается таблица умножения, сложение, вычитание, деление, умножение, особенно с переходом через десяток;

число не может переводиться в другую кодовую систему (арабская цифра не может быть переведена в аналогичное количество);

нарушения внимания:

цифры списываются с ошибками, число, удерживаемое в памяти, при вычислениях переносится с ошибками, арифметические знаки остаются без внимания или списываются неправильно.

Характерны сопутствующие эмоциональные и поведенческие нарушения.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция проявлений школьной дезадаптации;

улучшение школьной успеваемости;

улучшение навыков счетных операций.

Уровни, условия и продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F81.0, F80.1.

Реабилитационные мероприятия при сопутствующих поведенческих нарушениях – смотри F90.

F81.3

Смешанное расстройство учебных навыков

Общая характеристика

Смешанное расстройство учебных навыков включает нарушения чтения, письма, счета.

Расстройство специфично для детей младшего школьного возраста и тесно связано с нарушениями речи в дошкольном возрасте (дислалией, алалией и задержками темпа формирования речи).

Школьная неуспеваемость носит более тяжелый характер из-за патологического влияния одного дефекта на другой.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция проявлений школьной дезадаптации.

улучшение школьной успеваемости.

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях;

в отделении дневного пребывания;

в детских специализированных учреждениях.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

вплоть до возможной коррекции (в зависимости от степени нарушений школьных навыков).

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F81.0, F81.1, F81.2.

F82

Специфическое расстройство двигательных функций

Общая характеристика

Расстройство характеризуется выраженным нарушением двигательной координации, моторика не соответствует возрасту и общему уровню интеллектуального развития.

Расстройство не обусловлено неврологическим заболеванием.

Отмечается нарушение темпа, гармоничности, уверенности произвольных движений (дети часто натываются на предметы, падают; обнаруживается неловкость в обращении с ножницами, плохо рисуют и пишут (плохой почерк, несоблюдение строки, замедленный темп работы)).

Нарушено восприятие формы, размера, различения фигуры и фона, пространственной ориентации.

Моторная неловкость сочетается с нарушениями развития речи, в школьном возрасте – с нарушениями чтения, письма, расстройством счета.

Дети поздно обучаются плаванию, умению ездить на велосипеде, спортивным навыкам.

Характерны сопутствующие эмоциональные и (или) поведенческие нарушения.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

улучшение двигательных функций, координации;

улучшение школьной успеваемости.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

до достижения возможного результата.

Уровни, условия, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F81.3.

F83

Смешанные специфические расстройства развития

Общая характеристика

Отмечается смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков или двигательных функций, причем, ни одно из расстройств не преобладает.

F84

Общие расстройства развития

Общая характеристика

Общие расстройства развития характеризуются качественными отклонениями (аномалиями) в реципрокных социальных взаимодействиях, в способах коммуникации и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий.

Качественные отклонения являются общими чертами функционирования во всех ситуациях.

Развитие нарушается в первые 5 лет.

F84.0

Детский аутизм

Общая характеристика

Детский аутизм – это расстройство, которое определяется наличием патологического и (или) нарушенного развития и впервые проявляется в возрасте до трех лет в одной из следующих сфер:

рецептивная или экспрессивная речь как средство социальной коммуникации;

развитие избирательных социальных привязанностей или реципрокного социального взаимодействия;

функциональная или символическая игра.

Качественные нарушения в реципрокном социальном взаимодействии проявляются, по меньшей мере, в двух из следующих областей:

неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия зрительный контакт, мимику, жестикуляцию, позы;

неспособность к установлению взаимоотношений со сверстниками (это включало бы взаимно разделяемые интересы и эмоции, общие занятия);

отсутствие социозэмоциональной взаимности (нарушенная реакция на эмоции других людей, отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, слабость интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения);

отсутствие спонтанного поиска возможности разделить с другими людьми радость, интересы или достижения.

Качественные нарушения в общении проявляются, по меньшей мере, в одной из следующих областей:

отставание в развитии разговорной речи (или ее полное отсутствие);

относительная неспособность начинать или поддерживать взаимный обмен репликами при общении, требующий реципрокного реагирования в процессе коммуникации с другим лицом;

повторяющаяся и стереотипная речь или идиосинкратическое использование слов и выражений;

отсутствие разнообразных спонтанных игр, в процессе которых ребенок воображает себя кем-то или имитирует исполнение определенных социальных ролей.

Ограниченный набор повторяющихся, стереотипных форм поведения, интересов и занятий проявляется в одной из следующих областей:

поглощенность одним или несколькими стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны или по содержанию или направленности, либо по своей интенсивности и ограниченному характеру;

явная компульсивная приверженность к специфическим, не имеющим рационального обоснования ритуалам или к соблюдению раз и навсегда заведенного распорядка;

стереотипные и повторяющиеся движения кистей рук либо более сложные движения всего тела;

повышенное внимание к частям предметов;

повышенное внимание к нефункциональным свойствам игрушек.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

улучшение социальной адаптации;

возможное улучшение реципрокного взаимодействия;

коррекция и возможное улучшение коммуникативных и поведенческих нарушений (работа с нежелательными формами поведения: агрессией, аутоагрессией, негативизмом, расторможенностью влечений, страхами).

Условия оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях;

в отделении дневного пребывания;

в стационарных условиях – при наличии выраженных нарушений психических функций и ограничений жизнедеятельности (при наличии выраженных поведенческих нарушений).

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

неопределенно длительный срок (в зависимости от выраженности психопатологической симптоматики)

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F84.0.

F84.1

Атипичный аутизм

Общая характеристика

Это расстройство характеризуется наличием атипичной, не соответствующей завершённой картине раннего детского аутизма симптоматикой.

Расстройство проявляется аномальным или нарушенным развитием только в возрасте старше трех лет и (или) при отсутствии достаточно отчетливых симптомов в одной (или двух) из трех психопатологических сфер:

нарушения реципрокного социального взаимодействия;

нарушения коммуникативных навыков;

ограниченный набор повторяющихся, стереотипных форм поведения, интересов и занятий.

Аутизм может быть атипичным:

по возрасту начала;

по симптоматике;

как по возрасту, так и по симптоматике.

Наиболее часто встречается у детей с глубокой умственной отсталостью, низким уровнем функционирования, с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи.

Цель и ожидаемые результаты, уровни, условия и продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F84.0.

F84.2

Синдром Ретта

Общая характеристика

Синдром Ретта – это прогрессирующее дегенеративное заболевание, предположительно генетического происхождения (связывают с нарушением в X-хромосоме).

Заболеванию предшествует период нормального развития.

Характерна стадийность течения.

I стадия – аутистическая (возраст ребенка – 6-12 месяцев) – замедляется психическое развитие, снижается интерес к игровой деятельности, появляется мышечная дистония, отмечается замедление роста головы;

II стадия – (возраст 12-24 месяца) – быстрый распад ранее приобретенных навыков, речи (отмечаются тяжелые нарушения экспрессивной и рецептивной речи); потеря целенаправленных движений рук, одновременно - в кистях рук появляются стереотипные движения (напоминающие мытье рук, сжимание и заламывание рук); походка приобретает атактический характер; нарушается дыхательная функция (на фоне обычного ритма возникают периоды учащенного дыхания, сменяющиеся апноэ); появляются эпилептические припадки;

III стадия – псевдостационарная (от нескольких лет до 10 лет) – на первый план выступают: глубокая умственная отсталость и судорожные приступы; появляется крупноразмашистый тремор рук и головы;

IV стадия – тотальная деменция (обычно к 10 годам) – прогрессируют двигательные нарушения (нарастают: спастичность, мышечные атрофии, вторичные деформации – сколиоз).

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:
коррекция и возможное улучшение когнитивных расстройств, поведенческих и коммуникативных нарушений;

возможное улучшение социального функционирования.

Условия продолжительность оказания медицинской реабилитации:

в амбулаторных условиях;

помещение в интернат.

Продолжительность оказания медицинской реабилитации:

неопределенно длительно.

Уровни, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F84.0.

F84.3

Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Общая характеристика

Расстройство характеризуется быстро прогрессирующим слабоумием у детей раннего возраста с потерей ранее приобретенных навыков, с появлением аномалий социального, коммуникативного и поведенческого функционирования.

После периода нормального развития до 2-3 лет в течение 6-12 месяцев формируется тотальное слабоумие.

Отмечается отчетливая потеря ранее приобретенных навыков, по меньшей мере, в двух из следующих областей:

- экспрессивная и (или) рецептивная речь;
- игровая деятельность;
- социальные навыки или адаптивное поведение;
- контроль над функциями кишечника или мочевого пузыря;
- моторные навыки.

Патологическое социальное функционирование проявляется, по меньшей мере, в двух из следующих областей:

- качественные нарушения в реципрокном социальном взаимодействии (по определенному для аутизма типу);
- качественные нарушения общения (по определенному для аутизма типу);
- ограниченный набор повторяющихся, стереотипных форм поведения, интересов и занятий, включая моторные стереотипные и привычные движения;
- общая потеря интереса к окружению в целом и к отдельным объектам.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция и возможное улучшение коммуникативного, поведенческого и социального функционирования.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F84.0.

F84.4

Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

Общая характеристика

Расстройство характеризуется сочетанием тяжелой умственной отсталости (IQ ниже 50) и выраженной гиперактивности с нарушением внимания, со стереотипным поведением.

Расстройство проявляется:

резко выраженной моторной гиперактивностью (непрерывное двигательное беспокойство, выражающееся в беспрестанной беготне, прыжках и других движениях с вовлечением всего тела; выраженные затруднения в сохранении сидячего положения; явно чрезмерная активность в ситуациях, когда ожидается относительно спокойное, сдержанное повеление; очень быстрая смена видов деятельности);

повторяющимися и стереотипными формами поведения и активности (прочно закрепившиеся, часто повторяемые двигательные акты, чрезмерное и нефункциональное повторение деятельности, постоянной по форме, периодическое самотравмирование).

Нарушение социального функционирования аутистического типа отсутствует.

Присутствуют три признака из числа следующих:

использование зрительного контакта соответствует уровню развития;
использование выражения лица и позы для регулирования социального взаимодействия;

наличие соответствующих уровню развития взаимоотношений со сверстниками;

периодическое обращение к другим людям за утешением и изъявлением теплых чувств (хотя бы);

способность разделить радость другого человека, проявляемая время от времени.

Цель и ожидаемые результаты оказания медицинской реабилитации:

коррекция и возможное улучшение поведенческого и коммуникативного функционирования;

возможное улучшение социального функционирования.

Уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F84.0.

F84.5

Синдром Аспергера

Общая характеристика

При синдроме Аспергера отсутствует клинически значимая общая задержка экспрессивной или рецептивной речи либо когнитивного развития.

Ребенок произносит слова не позднее, чем к двухлетнему возрасту и использует в общении фразы к трем годам.

Навыки самообслуживания, адаптивное поведение и любознательность по отношению к окружению в первые три года находятся на уровне, соответствующем нормальному интеллектуальному развитию.

При этом – в прохождении основных этапов развития моторики отмечается задержка, наблюдается неуклюжесть движений.

Присутствуют качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия (развитие избирательных социальных привязанностей), рецептивная или экспрессивная речь используется только как средство социальной коммуникации, присутствует функциональная или символическая игра.

Качественные нарушения реципрокного взаимодействия проявляются, по меньшей мере, в двух их следующих областей:

неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия зрительный контакт, мимику, жестикуляцию, позы;

неспособность к установлению взаимоотношений со сверстниками, что включало бы взаимно разделяемые интересы и эмоции, общие занятия;

отсутствие социозэмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей;

отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

отсутствие спонтанного поиска возможности разделить с другими людьми радость, интересы, достижения.

Качественные аномалии проявляются и в общении:

раннее развитие речи, при этом – речь разнообразна, с богатым словарным запасом, оригинальными словосочетаниями;

спонтанная речь (ребенок говорит сам с собой, ни к кому не обращаясь);

повторяющаяся и стереотипная речь или идиосинкратическое использование слов и выражений;

отсутствие разнообразных спонтанных игр, в процессе которых ребенок изображает себя кем-то или имитирует исполнение определенных социальных ролей.

Отмечается (значительно реже, чем при аутизме) ограниченный набор повторяющихся, стереотипных форм поведения, интересов и занятий, что проявляется, по меньшей мере, в одной из следующих областей:

поглощенность одним или несколькими стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны либо по содержанию или направленности, либо по своей интенсивности и ограниченному характеру;

явная специфическая приверженность к специфическим, не имеющим рационального обоснования ритуалам или к соблюдению раз и навсегда заведенного распорядка;

стереотипные и повторяющиеся движения кистей рук либо более сложные движения всего тела;

повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным свойствам игрушек (запах, фактура поверхности, шум или генерируемая вибрация, издаваемая ими).

Ожидаемый результат оказания медицинской реабилитации:

улучшение социального взаимодействия;

улучшение адаптации.

Цель, уровни, условия, продолжительность, этапы оказания медицинской реабилитации и оценка эффективности проведения реабилитационных мероприятий – смотри F84.0.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИЕСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ F90 – F98

Цель медицинской реабилитации и ожидаемые результаты

Улучшение качества жизни, уменьшение социальной изоляции (улучшение социальной, семейной и школьной адаптации) в результате улучшения коммуникативных навыков, уменьшение конфликтов пациента с родителями, братьями, сестрами, учителями, ровесниками, улучшения школьной успеваемости, развития навыков самоорганизации, уменьшения степени выраженности поведенческих расстройств.

Уровни оказания медицинской реабилитации:

1-й уровень – районные, городские организации здравоохранения;

2-й уровень – межрайонные, областные организации здравоохранения;

3-й уровень – республиканские организации здравоохранения.

Условия проведения мероприятий по медицинской реабилитации:

медицинская реабилитация проводится в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания и в учреждениях социального обеспечения в зависимости от степени выраженности поведенческих и эмоциональных расстройств.

Продолжительность проведения реабилитационных мероприятий определяется степенью выраженности нарушенных психических функций и ограничений жизнедеятельности.

На лечебно-реабилитационном этапе и этапе ранней стационарной медицинской реабилитации (этапе купирующей терапии):

в стационарных условиях от 1 до 3 месяцев (пациентам со значительной глубиной эпизодов аффективных расстройств, наличием суицидальных и социально-опасных тенденций или при неэффективности амбулаторного лечения).

На амбулаторном этапе, в том числе в отделении дневного пребывания:

в отделении дневного пребывания – от 1 до 4 месяцев, в амбулаторных условиях – от 2 до 6 месяцев (пациентам с небольшой глубиной эпизодов аффективных расстройств; со стабилизацией настроения; при условии их упорядоченного поведения, установившихся отношений с лечащим врачом и следования плану лечения; при наличии семейной поддержки; отсутствии суицидальных и социально-опасных тенденций; при возвращении способности выполнять свои социальные, семейные и профессиональные функции).

На этапе поздней стационарной медицинской реабилитации (этапе долечивающей и стабилизирующей терапии):

при повторном поступлении в стационар психиатрического профиля для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления – от 1 до 4 месяцев (при наличии у пациента приступа тяжелого, либо затяжного (более 6 месяцев), либо терапевтически резистентного, либо угрожавшего жизни).

Этапы оказания медицинской реабилитации:

1-й этап – лечебно-реабилитационный этап (осуществляется в остром периоде заболевания);

2-й этап – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания);

3-й этап – амбулаторный этап (осуществляется в период социализации в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания);

4-й этап – домашний этап (осуществляется в ранний и поздний восстановительный период) пациентам:

- с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);
- с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

5-й этап - этап поздней стационарной медицинской реабилитации (осуществляется при повторном поступлении в стационар для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления).

Пациенты направляются на медицинскую реабилитацию в соответствии с Перечнем психиатрических показаний и Перечнем общих противопоказаний для направления на медицинскую реабилитацию.

1-й этап медицинской реабилитации – лечебно-реабилитационный – осуществляется в остром периоде заболевания в отделениях реанимации и интенсивной терапии, стационарных отделениях при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации.

На 1-ом этапе выставляется предварительный **клинико-функциональный диагноз** и формируется план медицинской реабилитации пациента лечащим врачом с учетом противопоказаний к медицинской реабилитации.

Клинико-функциональный диагноз дает представление об адаптационно-компенсаторных механизмах, лежащих в основе клинического, психологического, трудового (производственного) и социального восстановления.

Схема клинико-функционального диагноза при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте:

- код по МКБ-10;
- нозологическое название по МКБ-10;
- степень выраженности (легкая, средней тяжести, тяжелая);
- период заболевания (острый, ранний восстановительный, поздний восстановительный, последствий);
- осложнения основного заболевания;
- оценка нарушенных психических функций (по степеням);
- оценка ограничений жизнедеятельности (по 7 основным категориям);
- реабилитационный потенциал (высокий, средний, низкий);
- реабилитационный прогноз (клинический, трудовой, социально-бытовой активности).

Из реабилитационных мероприятий проводятся:

- психообразование и психокоррекция с пациентом и его родственниками;
- лечебный массаж (для повышения качества активной и пассивной подвижности, восприятия своего тела);

обучение самопомощи при выполнении конкретной деятельности: личной гигиены, одевания, принятия пищи.

2-й этап медицинской реабилитации – этап ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный) – осуществляется в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания в стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации данного учреждения (пациентам с умеренными и выраженными нарушениями психических функций, с ограничениями категорий жизнедеятельности ФК 2, ФК 3).

На 2-ом этапе медицинской реабилитации:

выставляется *клинико-функциональный диагноз* (смотри F90-F98);

проводится коррекция и реализация плана или реализация индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия с пациентами для улучшения когнитивных функций, восстановления и сохранения уровня социальной, семейной и трудовой адаптации, коррекции поведенческих нарушений; предупреждения развития стойкой нетрудоспособности;

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Коррекция плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реализация плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится мультидисциплинарной бригадой в составе: врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, культорганизатора, инструктора по трудовой терапии и медицинских сестер по реабилитации.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении эмоциональных расстройств, расстройств поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;
 создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;
 информирование родственников в отношении семейно-бытовых условий, режима и системы воспитания.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция аффективных и поведенческих расстройств (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений;

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

консультирование родственников в отношении взаимодействия с пациентом и ухода за ним;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в адаптации пациентов к больничному режиму (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

отреагирования чувств и переживания положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;

тренировки мелкой моторики;

коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии).

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

3-й этап медицинской реабилитации – амбулаторный этап медицинской реабилитации - осуществляется в амбулаторных условиях в отделениях дневного пребывания пациентам:

- с легкими, умеренно-выраженными, выраженными и резко выраженными нарушениями психических функций;

- с ограничениями жизнедеятельности (ФК 1, ФК 2, ФК 3, ФК 4), при отсутствии необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, при наличии способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

На 3-м этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F90-F98);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления; проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

Реабилитационные мероприятия.

Психообразование пациентов и их родственников (с целью сохранения критики к перенесенному психическому заболеванию и ознакомления с адекватной дестигматизирующей информацией о психических и поведенческих расстройствах):

информирование о причинах, формах, течении, прогнозе и лечении эмоциональных расстройств, расстройств поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте;

преодоление стресса, связанного с возникновением заболевания у пациента и его семьи, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности и тяжести заболевания;

убеждение пациента в его физической и психической безопасности;

профилактика высокого риска с проявлением насилия, направленного на себя или на других лиц (постоянная оценка уровня проявляемой пациентом тревоги; контроль поддержания низкого уровня раздражителей в окружении пациента; создание вокруг пациента безопасной среды – все потенциально опасные предметы (острые, колющие, режущие) поместить в недоступные места);

выработка адекватных коммуникативных навыков;

употребление при общении с пациентом простых слов и коротких сообщений, произнесенных тихо и четко;

формирование навыков самостоятельного преодоления различных проявлений расстройства;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

информирование родственников в отношении семейно-бытовых условий, режима и системы воспитания.

Психологическая помощь пациентам и их родственникам:

психологическая коррекция аффективных и поведенческих расстройств (снижение социальной и эмоциональной отчужденности, повышение коммуникативной продуктивности);

психологическая коррекция когнитивных нарушений;

снижение уровня тревожности и реактивности членов семьи, сосредоточение их внимания на рациональном обдумывании проблем, а не на эмоциях;

оказание помощи пациенту во всех видах активности;

консультирование родственников в отношении взаимодействия с пациентом и ухода за ним;

ориентирование родственников в отношении возможных изменений в состоянии пациента, появления побочных эффектов от приема лекарственных средств;

коррекция имеющихся конфликтных взаимоотношений в семье, способных провоцировать и углублять психопатологическую симптоматику заболевания.

Социальная помощь пациентам и их родственникам оказывается в виде социальной поддержки и социальных услуг:

помощь в бытовой, трудовой и семейной адаптации пациентов (обучение самопомощи при выполнении конкретной бытовой и трудовой деятельности);

тренинг социально-бытовых, коммуникативных, трудовых навыков и навыков по формированию здорового образа жизни;

помощь в оформлении документов для принятия пациентов на постоянное или временное социальное обслуживание;

предоставление пациентам и их родственникам консультативно-информационных услуг по социальным вопросам.

Эрготерапия с пациентами (терапия искусством, трудовая терапия, социокультурные мероприятия) проводится с целью:

снижения уровня тревожности;

расслабления;

отвлечения от негативных мыслей;

высвобождения и активизации творческого потенциала;

улучшения когнитивных процессов;

закрепления чувства схемы тела;

повышения самооценки;

развития аккуратности;

тренировки мелкой моторики;

коррекции поведенческих нарушений.

Учитывая тяжесть и выраженность психопатологической симптоматики, эрготерапия может быть закончена или вновь начата на любой стадии эрготерапевтического процесса.

Пациенты направляются на эрготерапевтические занятия по показаниям и с учетом противопоказаний.

Терапия искусством представлена:

рисованием (с использованием акриловых красок, карандашей, фломастеров) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

лепкой (с использованием пластилина, глины, соленого теста) по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

работой с бумагой с использованием цветной, гофрированной, шелковой, тоновой бумаги, гофрированного картона, фольги (по теме, при помощи фантазии, групповой картины);

рукоделием (с использованием тканей разных цветов и оттенков, ниток) по теме, при помощи фантазии, групповой картины;

работой с природным материалом (засушенные листья и цветы, каштаны, желуди, фасоль, горох, мох);

работой по изготовлению мягкой игрушки.

Трудотерапия проводится с использованием всех форм и видов труда (внутри - и внеотделенческая).

Социокультурные мероприятия проводятся в виде:

кинотерапии (просмотр и обсуждение кинофильмов, отвлекающих от негативных мыслей, формирующих положительные эмоции, принятие новых моделей поведения, повышающих уровень семейной и социальной адаптации);

музыкотерапии (прослушивание и обсуждение музыкальных произведений, снижающих тревогу, страхи; участие в концертах и музыкальных спектаклях);

сказкотерапии (участие в постановке сказок, просмотр и прослушивание сказок, вызывающих позитивные эмоции, развитие фантазии);

посещение театров, кинотеатров, концертов, парков.

Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом в соответствии с имеющимися критериями («полное выздоровление», «улучшение (на 1 функциональный класс)», «незначительное улучшение», «без изменений», «ухудшение») и вносится в карты ПМРП или ИПМРП; даются рекомендации по продлению или окончанию медицинской реабилитации.

4-й этап медицинской реабилитации – домашний этап - осуществляется в ранний и поздний восстановительный период пациентам:

с резко выраженными ограничениями жизнедеятельности (ФК 4);

с крайне низким реабилитационным потенциалом (отсутствием РП) при отсутствии медицинских противопоказаний к реабилитации.

На домашнем этапе медицинской реабилитации:

выставляется **клинико-функциональный диагноз** (смотри F90-F98);

продолжается осуществление плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента (рекомендованной МРЭК);

проводятся реабилитационные мероприятия пациентов для закрепления и поддержки неполного или полного социального восстановления (смотри 3-й этап);

проводится оценка эффективности медицинской реабилитации пациентов.

Контроль осуществления плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента проводится врачом-специалистом.

5-й этап медицинской реабилитации - этап поздней (повторной) стационарной медицинской реабилитации – осуществляется в стационарных отделениях психиатрического профиля пациентам:

в поздний период заболевания;

в период последствий заболевания;

в случаях, когда последствия заболевания приобрели стойкий характер и приводят к умеренным и выраженным ограничениям жизнедеятельности (ФК 2, ФК 3), (смотри 2-ой этап).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.07.2011 N 65

Форма

Штамп медико-реабилитационной
экспертной комиссии

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА
к акту освидетельствования медико-реабилитационной экспертной комиссии
от _____ N _____

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) инвалида, ребенка-инвалида (далее - инвалид) _____
2. Дата рождения _____
3. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) законного представителя инвалида _____
(заполняется при наличии законного представителя)
4. Место жительства (место пребывания) _____
телефоны _____
5. Место работы (учебы), адрес _____
6. Должность, профессия по месту занятости _____
7. Специальность, профессия, по которой получает (получил) образование инвалид _____
8. Освидетельствован медико-реабилитационной экспертной комиссией (далее - МРЭК) первично, повторно (нужное подчеркнуть).
9. Группа инвалидности (степень утраты здоровья) _____ причина инвалидности _____
10. Дата наступления инвалидности _____
11. Индивидуальная программа реабилитации инвалида (далее - ИПР) разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до _____
12. Нуждаемость в исключении воздействия неблагоприятных производственных факторов _____
13. Нуждаемость в организации специальных условий для получения образования по рекомендуемым специальностям, профессиям _____
14. Нуждаемость в создании необходимых условий для труда инвалида _____

Критерии жизнедеятельности	Функциональный класс до реабилитации	Функциональный класс после реабилитации
Способность к самостоятельному передвижению		
Способность к самообслуживанию		

Способность к общению		
Способность к ориентации		
Способность контролировать свое поведение		
Способность к обучению		
Способность к трудовой деятельности		
Способность к ведущей возрастной деятельности		

Дата составления ИПР инвалида " __ " _____ 20__ г.

РАЗДЕЛ I ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

№ п/п	Перечень мероприятий	Срок проведения	Исполнитель	Отметка о выполнении или невыполнении (указать причину)
1	2	3	4	5

С содержанием настоящей программы медицинской реабилитации ознакомлен:

согласен, не согласен (нужное подчеркнуть).

(дата)(подпись)(фамилия, инициалы)

Председатель МРЭК

(дата)(подпись)(фамилия, инициалы)

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
10.12.2014 N 1300

Форма _____

ЖУРНАЛ
учета пациентов, на которых заполняется индивидуальная программа
медицинской реабилитации пациента

Дата	N п/п	Ф.И.О. пациента	N медицинской карты амбулаторного больного или адрес пациента	Диагноз	Дата начала данного курса медицинской реабилитации	ВН до реабилитации	Эффект реабилитации		Трудо- спо- соб- ность
							по ФК	клиническ ий	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

МЕТОД 1

Оценка нарушений психических функций и ограничений жизнедеятельности у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами проводится в соответствии с Инструкцией «О порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья» (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 № 97 (в редакции от 08.11.2010 № 142)).

Оцениваются основные психические функции:

восприятие;
внимание;
память;
мышление;
эмоции и воля;
сознание;
поведение.

Нарушения психических функций оцениваются по степени их выраженности:

1-я степень – легкие (незначительные) нарушения функций;
2-я степень – умеренные нарушения функций;
3-я степень – выраженные нарушения функций;
4-я степень – резко выраженные нарушения функций.

Основными критериями жизнедеятельности человека являются:

способность к самообслуживанию;
способность к самостоятельному передвижению;
способность к ориентации;
способность к общению;
способность контролировать свое поведение;
способность к обучению;
способность к трудовой деятельности;
способность к ведущей возрастной деятельности.

Существуют определенные функциональные классы (далее - ФК) выраженности нарушений по основным критериям жизнедеятельности (в процентах утраты):

ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%);

ФК 1 – легкое нарушение жизнедеятельности (от 1% до 25 %);

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение жизнедеятельности (от 26 % до 50 %);

ФК 3 – выраженное нарушение жизнедеятельности (от 51 % до 75 %);

ФК 4 – резко выраженное нарушение жизнедеятельности (от 76 % до 100 %).

Ограничение жизнедеятельности оценивается по каждому критерию в отдельности, учитывая возможность компенсации с помощью лекарственных

средств, технических или иных вспомогательных средств, а также степень взаимного отягощения нарушенных функций организма в рамках одной из категорий.

Способность к самообслуживанию - способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде.

Параметры оценки:

нуждаемость в дополнительной помощи и уходе;

временные интервалы, через которые возникает нуждаемость в посторонней помощи;

возможность коррекции нарушенных способностей, в том числе с помощью лекарственных средств и (или) технических или иных вспомогательных средств;

соответствие возрастным нормам развития навыков самообслуживания;

ФК 1 - легкое нарушение способности к самообслуживанию, сохранение способности к самостоятельной реализации повседневных потребностей при нуждаемости в эпизодической (не чаще 1 раза в месяц) помощи других лиц в осуществлении некоторых бытовых потребностей, а у детей - отставание развития основных навыков самообслуживания не более чем на 1 возрастной период по сравнению со здоровыми сверстниками;

ФК 2 - умеренно выраженное нарушение способности к самообслуживанию, сохранение способности к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении их объема с использованием при необходимости технических и иных вспомогательных средств или эпизодической помощи посторонних лиц; нуждаемость в периодической (не чаще 1 раза в неделю) помощи других лиц в осуществлении некоторых бытовых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных потребностей, а у детей - отставание развития основных навыков самообслуживания более чем на 1 возрастной период по сравнению со здоровыми сверстниками;

ФК 3 - выраженное нарушение способности к самообслуживанию, сохранение способности к самостоятельной реализации нерегулируемых насущных потребностей и нуждаемость в регулярной посторонней помощи других лиц в осуществлении регулируемых потребностей с частотой 2 и более раз в неделю (покупка и доставка продуктов, лекарственных средств, уборка помещения, крупная стирка и другое);

ФК 4 - резко выраженное нарушение способности к самообслуживанию, резкое выраженное ограничение самообслуживания из-за резко выраженного нарушения психических (зрительных, статодинамических) функций или ограничение самообслуживания из-за сочетания выраженных нарушений функций органов и систем, создающих синдром взаимного отягощения, приводящие к резко выраженной или полной потере личной независимости и нуждаемости в постороннем уходе (бытовом и (или) специальном медицинском).

Способность к самостоятельному передвижению - способность эффективно самостоятельно передвигаться (ползать, ходить, бегать, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела, удерживать позу, пользоваться личным и общественным транспортом) в своем окружении в рамках выполняемой бытовой или ведущей возрастной деятельности, обеспечивая возможность быстро и адекватно модифицировать свои действия.

Параметры оценки:

расстояние, характер и темп передвижения;

возможность самостоятельно пользоваться транспортом;

возможность и эффективность использования технических и иных вспомогательных средств для компенсации нарушений передвижения и развития адекватного (у детей в соответствии с возрастом) уровня двигательной активности;

возможность самостоятельного выполнения основных двигательных навыков и их развития с учетом качественных и количественных возрастных норм;

ФК 1 - легкое нарушение способности к передвижению, периодически возникающее умеренное или постоянное легкое нарушение статодинамической функции при сохранении способности к самостоятельному передвижению при изменении механики передвижения, более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости технических и иных вспомогательных средств;

ФК 2 - умеренно выраженное нарушение способности к передвижению, ограничение возможности передвижения районом проживания (у детей с учетом возрастных возможностей) с явным изменением походки, медленным темпом ходьбы, необходимостью использования технических и иных вспомогательных средств вне дома; неполная коррекция лекарственными средствами деятельности систем, обеспечивающих передвижение; использование общественного транспорта затруднено, но возможно без помощи других лиц;

ФК 3 - выраженное нарушение способности к передвижению, ограничение передвижения в пределах ближайшей к жилью территории с посторонней помощью или с помощью сложных технических и иных вспомогательных средств передвижения (у детей с учетом возрастных возможностей), использование общественного транспорта резко затруднено без помощи других лиц;

ФК 4 - резко выраженное нарушение способности к передвижению, полная утрата самостоятельного передвижения или возможность передвижения только в пределах жилья при помощи других лиц или сложных технических и иных вспомогательных средств.

Способность к ориентации - способность самостоятельно воспринимать и анализировать окружающую действительность (место, пространство, время, личность).

Основными системами ориентации являются центральная нервная система, зрение и слух.

Параметры оценки:

способность различать зрительные образы людей и предметов на увеличивающемся расстоянии и в разных условиях (наличие или отсутствие помех, знакомство с обстановкой), возможность ее компенсации техническими и иными вспомогательными средствами;

способность различать звуки и устную речь (слуховая ориентация) при отсутствии или наличии помех и степень компенсации нарушения слухового восприятия устной речи другими ее способами (письмо, невербальные формы);

возможность выделения внешних по отношению к собственной личности пространственных, временных и средовых ориентиров;

необходимость использования технических и иных вспомогательных средств и помощи других лиц в разных видах повседневной деятельности (в быту, в учебе, на производстве);

соответствие возрастным нормам развития систем ориентации ребенка;

ФК 1 - легкое нарушение способности к ориентации, периодически возникающее ограничение способности к ориентации в сложной жизненной ситуации, необычной обстановке при полной сохранности в привычных условиях;

ФК 2 - умеренно выраженное нарушение способности к ориентации, отставание в развитии основных параметров ориентации (личность, место, пространство, время), частичное нарушение распознавания окружающих предметов, обусловленное умеренно выраженным нарушением восприятия зрительных образов или резко выраженным нарушением восприятия слуховых сигналов; при выраженном нарушении слуха (тугоухость III - IV степени) способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью технических и иных вспомогательных средств;

ФК 3 - выраженное нарушение способности к ориентации, значительно выраженное нарушение возможности распознавать людей и объекты на небольшом отдалении, при наличии помех (низкая освещенность, мелькание) и в малознакомой обстановке; частичная дезориентация в месте, времени, пространстве и собственной личности; невосприятие звуков и устной речи при невозможности компенсации дефекта слуха адекватными способами (глухонмота в сочетании с безграмотностью); значительно выраженное отставание формирования возрастных параметров развития ориентации у детей;

ФК 4 - резко выраженное нарушение способности к ориентации, полная или резко выраженная дезориентация в месте, времени, пространстве и собственной личности; полное или резко выраженное нарушение зрения с возможностью компенсации только за счет других систем ориентации.

Способность к общению - способность устанавливать контакты с другими членами общества и поддерживать привычные взаимоотношения путем восприятия, переработки и воспроизведения информации.

Основным средством коммуникации является устная речь, вспомогательным - чтение, письмо, невербальная речь (жестовая, знаковая).

Параметры оценки:

характеристика круга лиц, с которыми возможно поддержание контактов;

нуждаемость в помощи других лиц в процессе общения;

возможность и эффективность использования средств компенсации (технические и иные вспомогательные средства и методики) для достижения соответствующего уровня общения и его дальнейшего развития;

соответствие общения и его компонентов возрастным нормам развития ребенка;

нуждаемость в пребывании в условиях учреждения специального образования или организации здравоохранения для обеспечения формирования навыков общения;

ФК 1 - легкое нарушение способности к общению, способность к общению с незначительным снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости технических и иных вспомогательных средств; затруднение установления новых контактов при сохранности устоявшихся; отставание не более чем на один возрастной период формирования возрастных параметров коммуникативных способностей ребенка;

ФК 2 - умеренно выраженное нарушение способности к общению, способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости технических и иных вспомогательных средств; невозможность поддерживать новые контакты при сохранности устоявшихся; общение с использованием невербальных способов и помощи сурдопереводчика; отставание более чем на один возрастной период формирования возрастных параметров коммуникативных способностей ребенка;

ФК 3 - выраженное нарушение способности к общению, способность сохранения отношений со значимыми людьми на бытовом уровне при утрате коммуникативных функций, распаде устоявшихся и невозможности установления новых контактов, не поддающиеся компенсации, способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости технических и иных вспомогательных средств;

ФК 4 - резко выраженное нарушение способности к общению, утрата возможности общения и затруднение контактов со значимыми людьми (ближайшие родственники, лица, осуществляющие уход, родители, опекуны) на бытовом уровне, затрудняющее оказание адекватной помощи.

Способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению в соответствии с морально-этическими и социально-правовыми нормами среды обитания.

Параметры оценки:

соблюдение установленных общественных норм;

возможность осознания себя, идентификации людей, объектов и понимания взаимоотношений между ними;

восприятие, интерпретация и адекватность реагирования на традиционную и необычную ситуацию;

соблюдение личной безопасности и личной чистоплотности;

длительность и стойкость нарушения контроля за своим поведением;

возможность компенсации лекарственными средствами дефекта поведения;

возможность самокоррекции или коррекции при помощи других лиц;

соответствие этапов формирования самоконтроля возрастным нормам развития ребенка;

необходимость дополнительного контроля поведения извне;

ФК 1 - легкое нарушение способности контролировать свое поведение, периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложной жизненной ситуации при сохранности контроля в привычных условиях; сохранение способности самокоррекции;

ФК 2 - умеренно выраженное нарушение способности контролировать свое поведение, периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение на необычную ситуацию, не корригируемые способами воспитания, психологического, педагогического и (или) медицинского воздействия при сохранности контроля в привычных условиях; сохранение способности осознавать себя, что позволяет пациенту самостоятельно выполнять повседневную деятельность, некоторые виды профессиональной деятельности в обычных производственных условиях; приступы полной или частичной утраты сознания средней частоты; постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

ФК 3 - выраженное нарушение способности контроля поведения; возможность осознавать себя и значимых лиц сохранена только на уровне ближайшего окружения в домашних условиях, не поддается коррекции и развитию; затруднена возможность должным образом соблюдать личную безопасность; частые приступы частичной или полной потери сознания, не компенсируемые лекарственными средствами; постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

ФК 4 - резко выраженное нарушение способности контроля своего поведения, невозможность или резко выраженное нарушение осознания собственной личности, окружающих предметов и людей, отсутствие или неадекватные реакции на обычную ситуацию, создающие угрозу личной безопасности, неконтролируемые нарушения физиологических отправления, ежедневно часто повторяющиеся приступы полного нарушения сознания (сумеречные расстройства сознания; генерализованные тонико-клонические, тонические, клонические припадки; инфантильные спазмы) в случае невозможности их коррекции лекарственными средствами; нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц.

Способность к обучению - способность к овладению знаниями, умениями и навыками, развитию творческих способностей.

Параметры оценки:

длительность и устойчивость интереса к познавательным видам деятельности;

возможность получения образования в соответствии с требованиями образовательных стандартов;

нуждаемость в специальных условиях (использование технических средств социальной реабилитации, учебных планов специального образования и программ

специального образования, учебников и учебных пособий специального образования, специальных методик обучения и иного);

уровень психолого-педагогического развития и его соответствие возрастным нормам у детей;

способность к посещению учреждений образования.

ФК 1 - легкое нарушение способности к обучению, освоению и реализации образовательных программ основного образования соответствующего уровня (ступени);

ФК 2 - умеренно выраженное нарушение способности к обучению; освоение и реализация образовательных программ основного образования соответствующего уровня (ступени) в учреждениях образования при создании специальных условий для обучения и воспитания;

ФК 3 - выраженное нарушение способности к обучению; освоение и реализация образовательных программ основного образования соответствующего уровня (ступени) с оказанием коррекционно-педагогической помощи; освоение и реализация образовательных программ специального образования соответствующего уровня (ступени) с организацией педагогической, медицинской, социальной и иных видов помощи, использованием технических средств социальной реабилитации, учебных планов специального образования и программ специального образования, учебников и учебных пособий специального образования, специальных методик обучения, создание адаптивной образовательной среды;

ФК 4 - резко выраженное нарушение способности к обучению.

Способность к трудовой деятельности - совокупность физических, психофизиологических и психологических возможностей, формируемых в результате физического, психологического и культурного развития личности, основного и специального образования, выработки трудовых навыков и мастерства, необходимых и достаточных для качественного выполнения любого (в том числе неквалифицированного) труда обычного содержания, обычным способом, в обычном объеме и обычных условиях, способность выполнять обычную для человека роль в жизни (с учетом возраста, пола, места жительства, образования), способность к самостоятельному проживанию, установлению социальных связей, поддержанию экономической независимости.

Параметры оценки:

соответствие состояния здоровья требованиям, предъявляемым профессией (должностью);

уровень образования, обеспечивающий доступность работы;

возможность осуществлять трудовую деятельность в полном объеме, полный рабочий день, полную рабочую неделю с выполнением норм выработки (услуг);

возможность трудовой деятельности в другой профессии (должности), равной по квалификации прежней;

возможность воспроизведения специальных профессиональных знаний, умений и навыков;

ФК 1 - легкое нарушение способности к трудовой деятельности в обычных условиях труда при незначительном снижении квалификации; способность выполнения неквалифицированного физического труда с незначительным уменьшением объема выполняемой работы;

ФК 2 - умеренно выраженное нарушение способности к трудовой деятельности, способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации; способность выполнения неквалифицированного физического труда с уменьшением объема выполняемой работы; неспособность продолжать работу по основной профессии (должности) при сохранении возможности выполнять трудовую деятельность по профессии (должности) более низкой квалификации; сокращение продолжительности рабочего времени (неполный рабочий день, неполная рабочая неделя);

ФК 3 - выраженное нарушение способности к трудовой деятельности, способность к выполнению трудовой деятельности в специальных условиях, с использованием технических и иных вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц или при выраженном ограничении объема выполняемых работ за счет выраженного сокращения рабочего времени;

ФК 4 - резко выраженное ограничение способности к трудовой деятельности, неспособность к трудовой деятельности, невозможность или наличие медицинских противопоказаний к любому виду труда.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

МЕТОД 2

Оценка функционирования (нарушений умственных функций) и ограничений жизнедеятельности (активности и участия) проводится у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) с учетом наличия или отсутствия «барьерных» или «ресурсных» факторов окружающей среды.

Все три составляющие, необходимые нам для оценки, и классифицируемые в МКФ (функции, активность и участие, факторы окружающей среды) измеряются с помощью единой шкалы.

УМСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ

ГЛОБАЛЬНЫЕ УМСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ (b110-b139)

b 110 Функции сознания

Включено: функции ясности, непрерывности и качества сознания, потери сознания, комы, вегетативного состояния, фуги, состояния транса, подчиненного состояния, измененного препаратом сознания, делирия, ступора

Исключено: функции ориентированности (b114); волевые и побудительные функции (b130); функции сна (b134)

b 114 Функции ориентированности

Общие умственные функции осознания себя, определяющие отношения к себе, другим, ко времени и окружающей обстановке

Включено: функции ориентированности во времени, месте и личности; ориентированности по отношению к себе и другим; дезориентация во времени, месте и личности

Исключено: функции сознания (b110); функции внимания (b140); функции памяти (b144)

b 117 Интеллектуальные функции.

Общие умственные функции, требующиеся, чтобы понимать и конструктивно объединять различные умственные функции, включая все познавательные функции и их развитие на протяжении жизни.

Включено: функции интеллектуального роста; интеллектуальная задержка, умственная задержка, деменция.

Исключено: функции памяти (b144); функции мышления (b160); познавательные функции высокого уровня (b164).

b 122 Глобальные психо-социальные функции.

Общие умственные функции и их развитие на протяжении жизни, которые требуются для понимания и конструктивного объединения различных умственных функций, ведущих к формированию межличностных навыков, необходимых для установления соответствующих социальных взаимодействий определенного значения и с определенной целью.

Включено: нарушения такие как при аутизме.

б 126 Темперамент и личностные функции.

Общие умственные функции конституционной предрасположенности индивида, реагирования специфическим способом на ситуации, включая набор умственных характеристик, отличающий индивида от других.

Включено: функции экстраверсии, интроверсии, компромисса, добросовестности, психической и эмоциональной стабильности, открытости; оптимизма; поиска нового; уверенность; принципиальность.

Исключено: интеллектуальные функции(b117); волевые и побудительные функции(b130); психомоторные функции(b147); функции эмоций (b152).

б 130 Волевые и побудительные функции.

Общие умственные функции физиологических и психологических механизмов, которые заставляют индивида постоянно продвигаться к удовлетворению определенных потребностей и общих целей.

Включено: функции силы воли, мотивации, аппетита, сила желания (включая силу желания веществ, которыми можно злоупотреблять), контроль импульсивных побуждений.

Исключено: функции сознания(b110); темперамент и личностные функции (b126); функции сна (134); психомоторные функции (b147); функции эмоций(b152).

б 134 Функции сна.

Общие умственные функции периодического, обратимого и селективного физического и умственного отстранения непосредственно от окружающей среды, которое сопровождается характерными физиологическими изменениями.

Включено: функции количества сна, засыпания, поддержания и качества сна; функции, вовлеченные в цикл сна, например в развитие бессонницы, гиперсомнии и нарколепсии.

Исключено: функции сознания (b110); волевые и побудительные функции (b130); функции внимания (b140); психомоторные функции (b147).

б 139 Глобальные умственные функции, другие уточненные и не уточненные.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ УМСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ (b140-b189)

б 140 Функции внимания.

Специфические умственные функции сосредоточенности на внешних стимулах или внутренних переживаниях в течение требуемого периода времени.

Включено: функции поддержки внимания, смены внимания, разделения внимания, способности уделять внимание; концентрация или рассеянность внимания.

Исключено: функции сознания (b110); волевые и побудительные функции (b130); функции сна (b134); функции памяти (b144); психомоторные функции (b147); функции восприятия (b156).

БИ Функции памяти.

Специфические умственные функции регистрации, хранения информации и восстановления ее в случае необходимости.

Включено: функции кратковременной и долговременной памяти, немедленной, недавней и отсроченной памяти; промежутка запоминания; воспроизведения хранящегося в памяти; запоминания; функции, используемые в повторении и изучении, например, ответственные за появление номинальной, селективной и диссоциативной амнезии.

Исключено: функции сознания (b110); функции ориентированности (b114); интеллектуальные функции (b117); функции внимания (b140); функции восприятия (b156); функции мышления (b160); познавательные функции высокого уровня (b164); умственные функции речи (b167); функции вычисления (b172).

б 147 Психомоторные функции.

Специфические умственные функции одновременного контроля моторной и психической деятельности на уровне организма.

Включено: функции психомоторного контроля, например, психомоторного сдерживания, возбуждения и ажитации, постуризация, кататония, негативизм, амбивалентность, эхопраксия и эхолалия; качество психомоторных функций.

Исключено: функции сознания (b110); функции ориентированности (b114); интеллектуальные функции (b117); волевые и побудительные функции (b130); функции внимания (b140); умственные функции речи (b167); умственные функции по выполнению последовательных сложных движений (b176).

б 152 Функции эмоций.

Специфические умственные функции, относящиеся к чувственным и аффективным компонентам мыслительных процессов.

Включено: функции адекватности эмоций, регулирования и диапазона эмоций; аффект; печаль, счастье, любовь, страх, гнев, ненависть, напряженность, беспокойство, радость, горе; неустойчивость эмоций; сглаживание аффекта.

Исключено: темперамент и личностные функции (b126); волевые и побудительные функции (b130).

б 156 Функции восприятия.

Специфические умственные функции распознавания и интерпретации сенсорных стимулов.

Включено: функции слухового, зрительного, обонятельного, вкусового, тактильного и пространственного восприятия (галлюцинация или иллюзия).

Исключено: функции сознания (b110); функции ориентированности (b114); функции внимания (b140); функции памяти (b144); умственные функции речи (b167); зрение и связанные с ним функции (b210-b229); слух и вестибулярные функции (b230-b249); дополнительные сенсорные функции (b250-b279).

б 160 Функции мышления.

Специфические умственные функции, связанные с мыслительным процессом.

Включено: функции темпа, формы, контроля и содержания мысли; целенаправленное мышление, не целенаправленное мышление; логические функции мысли, например, доминирование мысли, полет мысли, мыслительный блок, бессвязность мысли, обстоятельность, заблуждения, навязчивые идеи и компульсивное мышление.

Исключено: интеллектуальные функции (b117); функции памяти (b144); психомоторные функции (b147); функции восприятия (b156); познавательные функции высокого уровня (b164); умственные функции речи (b167); функции вычисления (b172).

б 164 Познавательные функции высокого уровня.

Специфические умственные функции, зависящие в основном от лобных долей мозга, включая сложное целенаправленное поведение, например, принятие решений, абстрактное мышление, планирование и выполнение задуманного, гибкость мышления, выбора адекватного поведения при определенных обстоятельствах; так называемые исполнительные функции.

Включено: функции абстрагирования и организации мышления, управления временем, понимания и суждения, формирования концепции, категоризации, гибкости познания.

Исключено: функции памяти (b144); функции мышления (b160); умственные функции речи (b167); функции вычисления (b172).

б 167 Умственные функции речи.

Специфические умственные функции распознавания и использования знаков, символов и других компонентов языка.

Включено: функции восприятия и расшифровки устной, письменной речи или других форм языка типа языка знаков; функции выражения в виде устной, письменной речи или других форм языка; интегральные функции языка, речи и письма, например, ответственные за появление афазии восприятия, выражения, Брока, Вернике и проводниковой.

Исключено: функции внимания (b140); функции памяти (b144); функции восприятия (b156); функции мышления (b160); познавательные функции высокого уровня (b164); функции вычисления (b172); умственные функции по выполнению сложных движений (b176); глава 2 Сенсорные функции и боль; глава 3 Функции голоса и речи.

б 172 Функции вычисления

Специфические умственные функции определения, аппроксимации и манипулирования математическими символами и процессами.

Включено: функции сложения, вычитания и других простых математических вычислений; функции сложных математических действий.

Исключено: функции внимания (b140); функции памяти (b144); функции мышления (b160); познавательные функции высокого уровня (b164); умственные функции речи (b167).

б 176 Умственные функции последовательных сложных движений.

Специфические умственные функции последовательных и координированных сложных, целенаправленных движений.

Включено: нарушения, такие как идеаторная, идеокинетическая, одевания, окуломоторная и речевая апраксия.

Исключено: психомоторные функции (b147); познавательные функции высокого уровня (b164); глава 7. Нервно-мышечные, скелетные и двигательные функции.

б 180 Функции самоощущения и ощущения времени.

Специфические умственные функции, относящиеся к идентификации себя, своего тела, положения в своем реальном окружении и во времени.

Включено: самоощущение, образ тела, ощущение времени.

б 189 Специфические умственные функции, другие уточненные и не уточненные.**б 198 Умственные функции, другие уточненные.****б 199 Умственные функции, не уточненные.**

**АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ
ОБУЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ.
ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРГАНОВ ЧУВСТВ (d110-
d129).**

d 110 Использование зрения.

Использование зрения с целью восприятия значения визуальных стимулов, например, наблюдение за спортивными состязаниями или игрой детей.

d 115 Использование слуха.

Использование слуха с целью восприятия значения звуковых стимулов, например, прослушивание радио, музыки или лекции.

d 120 Целенаправленное использование других ощущений.

Использование других основных ощущений с целью восприятия значения других стимулов, например, ощущение структуры предметов через осязание, ощущение вкуса конфет или запаха цветов.

d 129 Целенаправленное использование органов чувств, другое уточненное и не уточненное.

БАЗИСНЫЕ НАВЫКИ ПРИ ОБУЧЕНИИ (d130 - d159)

d 130 Копирование.

Имитирование или подражание, как основной компонент обучения, например, копирование жеста, звука или буквы алфавита.

d 135 Повторение.

Повторение в определенной последовательности как основной компонент обучения, например, счет десятками или декламация стихотворных произведений.

d 140 Усвоение навыков чтения.

Развитие навыков беглого и правильного чтения на языке письма (включая чтение по Брайлю), например, распознавание букв и алфавита, чтение вслух с правильным произношением, понимание слов и фраз.

d 145 Усвоение навыков письма

Развитие навыков воспроизведения символов, которые используются для отражения звуков речи, слов или фраз, с целью передачи их значений (включая письмо на языке Брайля), например, четкое написание букв и правильное использование грамматики.

d 150 Усвоение навыков счета

Развитие навыков манипуляции числами, выполнения простых и комплексных математических действий, например, использование математических знаков сложения и вычитания и применение правильных математических действий при решении проблем.

d 155 Приобретение практических навыков.

Развитие базисных и комплексных навыков, необходимых для выполнения серии действий или задач, с тем чтобы самостоятельно делать выбор и развивать определенные навыки, например, использования орудий труда или в играх, таких как шахматы.

Включено: приобретение базисных и комплексных навыков.

d 159 Базисные навыки при обучении, другие уточненные и не уточненные.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ (d160-d179)

d 160 Концентрация внимания.

Целенаправленное фокусирование внимания на специфичных стимулах, например, сосредоточение в шумной обстановке.

d 163 Мышление.

Формулирование и использование, самостоятельно или вместе с другими, идей, концепций и образов, целенаправленно или нецеленаправленно, например, создание художественного образа, доказательство теоремы, оперирование идеями, мозговой штурм, медитация, раздумье, спекулятивное или рефлексивное мышление.

Исключено: решение проблем (d175); принятие решений (d177).

d 166 Чтение.

Восприятие и интерпретация письменного материала (например, книг, инструкций или газет, в том числе вышедших на языке Брайля) с целью получения общих знаний или специальной информации.

Исключено: усвоение навыков чтения (d140).

d 170 Письмо

Использование или воспроизведение языковых символов для передачи информации, например, описание событий или составление письма

Исключено: усвоение навыков письма (d145)

d 172 Вычисление

Произведение вычислений с применением математических принципов для решения проблем, которые сформулированы в словах, и запись или отражение результатов, например, вычисление суммы из трех слагаемых или получение результата деления одного числа на другое

Исключено: усвоение навыков счета (d150)

d 175 Решение проблем

Поиск ответов на вопросы или ситуации, идентифицируя и анализируя их, разработка вариантов и решений, оценка потенциальных последствий решений и выполнение принятого решения, например, решение противоречий между двумя людьми

Включено: решение простых проблем, решение сложных проблем

Исключено: мышление (d163); принятие решений (d177)

d 177 Принятие решений

Осуществление выбора среди вариантов, реализация выбора и оценка последствий сделанного выбора, например, выбор и преследование определенных целей, или выбор и реализация одной из нескольких задач, которые должны быть выполнены.

Исключено: мышление (d175), решение проблем (d175)

d 179 Применение знаний, другое уточненное и не уточненное.

d 198 Обучение и применение знаний, другое уточненное

d 199 Обучение и применение знаний, не уточненные

ОБЩИЕ ЗАДАЧИ И ТРЕБОВАНИЯ

d 210 Выполнение отдельных задач.

Выполнение простых, сложных и координированных действий, имеющих отношение к умственным и физическим компонентам выполнения задач, например, инициирование задачи, организация времени, места и материальных ресурсов для выполнения задачи, стимулирование выполнения задачи, выполнение, завершение и способность не отступать от выполнения задачи.

Включено: выполнение простых или сложных задач, выполнение отдельных задач самостоятельно или в группе.

Исключено: приобретение практических навыков (d155); решение проблем (d175); принятие решений (d177); выполнение многоплановых задач (d220).

d 220 Выполнение многоплановых задач.

Последовательное или одновременное выполнение простых, сложных и координированных действий, являющихся частью многоплановых, многосоставных и сложных задач.

Включено: выполнение многоплановых задач, завершение многоплановых задач, выполнение многоплановых задач самостоятельно и в группе.

Исключено: приобретение практических навыков (d155); решение проблем (d175); принятие решений (d177); выполнение отдельных задач (d210).

d 230 Выполнение повседневного распорядка.

Выполнение простых, сложных и координированных действий для планирования, организации и исполнения повседневных дел или обязанностей, например, распределение времени и планирование отдельных задач в течение дня.

Включено: организация и исполнение повседневного распорядка; управление уровнем собственной активности.

Исключено: выполнение многоплановых задач (d220).

d 240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок.

Выполнение простых, сложных и координированных действий с целью успешного управления и контроля психологических нагрузок при выполнении задач, требующих высокой ответственности и связанных со стрессом, отвлекающими факторами и кризисными ситуациями, например, управление транспортом в условиях интенсивного движения или присмотр за группой детей.

Включено: ответственность; преодоление стресса и кризисных ситуаций.

d 298 Общие задачи и требования, другие уточненные.

d 299 Общие задачи и требования, не уточненные.

ОБЩЕНИЕ

ВОСПРИЯТИЕ СООБЩЕНИЙ ПРИ ОБЩЕНИИ (d310 - d329)

d 310 Восприятие устных сообщений при общении.

Уяснение прямого и подразумеваемого значений сообщений устной речи, например, понимание, что выражение является утверждением факта или идиоматическим выражением.

d 315 Восприятие сообщений при невербальном способе общения.

Уяснение прямого и подразумеваемого значений сообщений, передаваемых жестами, символами и рисунками, например, понимание того, что ребенок утомлен, если он потирает свои глаза, или что сирена предупреждает о пожаре.

Включено: восприятие жестов и телодвижений, общеизвестных знаков и символов, рисунков и фотографий при общении.

d 320 Восприятие сообщений на языке формальных символов при общении

Уяснение прямого и подразумеваемого значений в сообщениях на языке формальных символов.

d 325 Восприятие письменных сообщений при общении.

Уяснение прямого и подразумеваемого значений письменных сообщений (включая язык Брайля), например, наблюдение за политикой в ежедневных газетах или понимание значения священного писания.

d 329 Восприятие сообщений при общении, другое уточненное и не уточненное.**ОБЩЕНИЕ - СОСТАВЛЕНИЕ И ИЗЛОЖЕНИЕ СООБЩЕНИЙ (d330 - d349)****d 330 Речь**

Произнесение слов, фраз и более длинных выражений устной речи, создание простых и сложных сообщений с прямым и подразумеваемым значением, например, устное извещение о факте или рассказ.

d 335 Составление и изложение сообщений в невербальной форме

Использование жестов, символов и рисунков для передачи сообщений, например, покачивание головой при несогласии, рисование или построение диаграммы для отражения факта или сложной идеи.

Включено: жестикулирование, подача знаков, символов, передача информации с помощью рисунка и фотографии

d 340 Составление и изложение сообщений на языке формальных символов

Передача сообщения на языке формальных символов с прямым и подразумеваемым значением.

d 345 Письменные сообщения

Передача сообщений, с прямым и подразумеваемым значением, посредством письма, например, написание письма другу.

d 349 Составление и изложение сообщений, другое уточненное и не уточненное**РАЗГОВОР И ОБЩЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ СВЯЗИ И ТЕХНИК ОБЩЕНИЯ (d350-d369)****d 350 Разговор**

Начало, поддержание и завершение обмена мыслями и идеями, посредством устного, письменного языка, знаков или другого языка, с одним или большим количеством людей, со знакомыми или незнакомыми людьми, при

формальных или случайных обстоятельствах.

Включено: начало, поддержание, завершение разговора, разговор с одним или большим количеством людей

d 355 Дискуссия

Начало, поддержание и завершение обсуждения темы, с аргументами за и против или ведение дебатов посредством устного, письменного языка, знаков или другого языка, с одним или большим количеством людей, со знакомыми или незнакомыми людьми, при формальных или случайных обстоятельствах.

Включено: дискуссия с одним человеком или с множеством людей

d 360 Использование средств связи и техники общения

Использование устройств, техник и других средств с целью общения, например, общение с другом по телефону.

Включено: использование телекоммуникационных устройств, использование пишущих машин и техник общения

d 369 Разговор и общение с использованием средств связи и техник общения, другие уточненные и не уточненные

d 398 Общение, другое уточненное

d 399 Общение, не уточненное

МОБИЛЬНОСТЬ

Этот раздел относится к движению, посредством изменения положения тела или перемещения с одного места на другое; переносу, перемещению или манипуляции объектами; ходьбе, бегу, преодолению препятствий и использованию различных видов транспорта.

ИЗМЕНЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА (d410-d429)

d 410 Изменение позы тела

Принятие, изменение положения тела и перемещение с одного места в другое, например, подъем из кресла, чтобы лечь в кровать, приседание и подъем из положения на корточках или на коленях.

Включено: изменение позы тела при положениях лежа, на корточках или на коленях, сидя или стоя, наклон и перемещение центра тяжести,

Исключено: перемещение тела (d420)

d 415 Поддержание положения тела

Пребывание в необходимом положении сколько требуется, например, сидя или стоя на работе или в школе.

Включено: нахождение в положении лежа, на корточках, на коленях, стоя и сидя

d 420 Перемещение тела

Перемещение с одной поверхности на другую, например, перемещение вдоль скамьи или с кровати на стул, без изменения позы тела.

Включено: перемещение тела сидя или лежа

Исключено: изменение позы тела (d410)

d 429 Изменение и поддержание положения тела, другое уточненное и не уточненное

ПЕРЕНОС, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ И МАНИПУЛИРОВАНИЕ ОБЪЕКТАМИ (d430-d449)

d 430 Поднятие и перенос объектов

Подъем объекта и перекладывание чего-либо с одного места на другое, например, как при поднятии чашки или переносе ребенка из одной комнаты в другую.

Включено: поднятие, перенос с использованием рук, плеч, бедер и спины, головы, размещение объектов

d 435 Перемещение объектов ногами

Выполнение координированных действий с целью перемещения объектов ногами и стопами, например, удар ногой по мячу или толкание педалей на велосипеде.

Включено: толкание ногами; удар ногой

d 440 Использование точных движений кисти

Выполнение координированных действий кистями рук с объектами, способность хватать, манипулировать и отпускать их с помощью кисти руки, пальцев и большого пальца руки, например, чтобы взять монеты от стола, набрать номер телефона или нажать на ручку.

Включено: подбирание, захват, манипулирование и отпусkanie

Исключено: поднятие и перенос объектов (d430)

d 445 **Использование кисти и руки**

Выполнение координированных действий при перемещении и манипулировании объектами с использованием кистей и рук, например, как при поворачивании дверных ручек, подбрасывании или ловле предметов.

Включено: притягивание и отталкивание объектов; протягивание рук; вращение или сгибание в кистях или руках; бросок; хватание

Исключено: использование точных движений кисти (d440)

d 449 **Перенос, перемещение и манипулирование объектами, другое уточненное и не уточненное**

ХОДЬБА И ПЕРЕДВИЖЕНИЕ (d450-d469)

d 450 **Ходьба**

Передвижение по поверхности пешком, шаг за шагом, так, что одна нога всегда касается поверхности, например, при прогулке, ходьбе вперед, назад, боком.

Включено: ходьба на короткие или длинные расстояния; ходьба по различным поверхностям; ходьба вокруг препятствий

Исключено: перемещение тела (d420), передвижение способами, отличающимися от ходьбы (d455)

d 455 **Передвижение способами, отличающимися от ходьбы**

Передвижение из одного места в другое способами, отличающимися от ходьбы, например, лазанье по скалам, бег вдоль улицы, подскакивание, убежание, прыганье или бег вокруг препятствий.

Включено: ползанье, преодоление препятствий, бег, бег трусцой, прыжки, плавание

Исключено: перемещение тела (d420); ходьба (d450)

d 460 **Передвижение в различных местах**

Ходьба и передвижение в разнообразных местах и ситуациях, например, ходьба из комнаты в комнату в квартире, в пределах здания, или вдоль улицы города.

Включено: передвижение в пределах своего жилища и других зданий, ползание или преодоление препятствий в пределах своего жилища и других зданий; ходьба и передвижение вне своего дома и вне других зданий

d 465 **Передвижение с использованием технических средств**

Передвижение из одного места в другое, по любой поверхности или в любом месте, используя специальные средства, предназначенные для облегчения передвижения или передвижения особым образом, например, на коньках, на лыжах, с аквалангом, передвижение по улице в кресле-каталке или с ходунками.

Исключено: перемещение тела (d420), ходьба (d450); передвижение способами, отличающимися от ходьбы (d455); использование

пассажирского транспорта (d470); управление транспортом (d475)
 d 469 **Ходьба, передвижение и относящаяся к ним активность, другие уточненные и не уточненные**

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСПОРТА (d470-d489)

d 470 Использование пассажирского транспорта

Использование транспорта для передвижения в качестве пассажира, в автомобиле, пикапе, в маршрутном такси, на рикше, в запряженном животным транспорте, на частном или общественном такси, автобусе, поезде, трамвае, метро, водном транспорте или самолете.

Включено: использование транспорта, в котором движущей силой является человек; частного моторизованного транспорта и общественного транспорта

Исключено: передвижение с использованием технических средств (d465); управление транспортом (d475)

d 475 Управление транспортом

Вождение любого вида механического транспорта и животных, с целью передвижения в заданном направлении, например, автомобиля, велосипеда или лодки, или гужевого транспорта.

Включено: управление транспортом, в котором движущей силой является человек, моторизованным и гужевым транспортом

Исключено: передвижение с использованием технических средств (d465); использование пассажирского транспорта (d470)

d 480 Езда верхом

Езда верхом на животных, например на лошади, воле, верблюде или слоне в качестве наездника.

Исключено: управление транспортом (d475); отдых и досуг (d920)

d 489 Передвижение с использованием транспорта, другое уточненное и не уточненное

d 498 Мобильность, другая уточненная

d 499 Мобильность, не уточненная

САМООБСЛУЖИВАНИЕ

d 510 Мытье

Мытье и вытирание тела или его частей, используя воду и соответствующие материалы или методы для очищения, вытирания и сушки тела, например, купание в ванне, принятие душа, мытье рук, ног, лица и волос, вытирание полотенцем.

Включено: мытье частей и всего тела; сушка

Исключено: уход за частями тела (d520); физиологические отправления (d530)

d 520 Уход за частями тела

Забота о частях тела, в частности, о коже, лице, зубах, волосах, ногтях и гениталиях, которая включает большее, чем мытье и сушка.

Включено: уход за кожей, полостью рта, волосами, ногтями на руках и

ногах

Исключено: мытье (d510); физиологические отправления (d530)

d 530 **Физиологические отправления**

Подготовка и осуществление физиологических отправлений (при менструации, мочеиспускании и дефекации) и последующее выполнение гигиенических мероприятий.

Включено: регуляция мочеиспускания, дефекации и мероприятия, связанные с менструацией

Исключено: мытье (d510); уход за частями тела (d520)

d 540 **Одевание**

Выполнение координированных действий и требований при одевании и раздевании в определенной последовательности, в соответствии с климатическими условиями и придерживаясь социальных установок, например, одевание, примерка и снятие рубашки, юбки, блузы, брюк, нижнего белья, сари, кимоно, галстука, шляпы, перчаток, пальто, туфель, ботинок, сандалий и шлепанцев.

Включено: одевание или раздевание, надевание или снятие с нижних конечностей, выбор соответствующей одежды

d 550 **Прием пищи**

Выполнение координированных действий и требований при приеме приготовленной пищи, поднесении ее ко рту, потреблении ее культурно приемлемыми способами, например, резка, ломка пищи на куски, открывание бутылок и банок, использование столовых приборов, прием пищи, прием пищи на банкете или обеде.

Исключено: питье (d560)

d 560 **Питье**

Прием напитков, поднесение их ко рту, потребление их культурно приемлемыми способами, например, смешивание, размешивание и разливание жидкости для питья, открывание бутылок и банок, питье через соломинку, питье текущей воды из крана или фонтанчика, кормление грудью.

Исключено: прием пищи (d550)

d 570 **Забота о своем здоровье**

Обеспечение своего физического комфорта, забота о здоровье, физическом и умственном благополучии, например, поддержание сбалансированного рациона питания, и соответствующего уровня физической активности, сохранение тепла или прохлады, уход от вредных для здоровья факторов, соблюдение правил безопасного секса, включая использование презервативов, иммунизацию, регулярное прохождение медицинских осмотров.

Включено: обеспечение физического комфорта; соблюдение диеты и здорового образа жизни; поддержание своего здоровья

d 598 **Самообслуживание, другое уточненное**

d 599 **Самообслуживание, не уточненное**

БЫТОВАЯ ЖИЗНЬ

Этот раздел относится к занятию бытовой и повседневной деятельностью, выполнению связанных с этим задач. Бытовые сферы жизни включают поиск и обеспечение жильем, продовольствием, одеждой и другими потребностями; уборку и ремонт жилья, заботу о личном и другом домашнем имуществе и помощь другим.

ПРИБРЕТЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ ПЕРВОЙ НЕОБХОДИМОСТИ (d610-d629)

d 610 Приобретение жилья

Покупка, аренда, обстановка мебелью и обустройство дома, квартиры или другого жилья.

Включено: покупка жилья, аренда и благоустройство жилья

Исключено: приобретение товаров и услуг (d620); забота о личном имуществе (d650)

d 620 Приобретение товаров и услуг

Выбор, обеспечение любыми товарами и услугами ежедневного потребления и транспортировка их, например, выбор, обеспечение, транспортировка и хранение продовольствия, напитков, одежды, чистящих средств, топлива, хозяйственных товаров, посуды, кухонного оборудования, бытовых приборов и инструментов; обеспечение себя услугами коммунальных и других служб быта.

Включено: посещение магазина и обеспечение повседневными потребностями

Исключено: приобретение жилья (d610)

d 629 Приобретение предметов первой необходимости, другое уточненное и не уточненное

ВЕДЕНИЕ ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА (d630-d649)

d 630 Приготовление пищи

Планирование, организация выполнения, кулинария и сервировка простых и сложных блюд для себя и других, например, составление меню, выбор съедобных продуктов и напитков; совмещение компонентов для приготовления пищи, приготовление горячей и холодной пищи, сервировка стола.

Включено: приготовление простых и сложных блюд

Исключено: прием пищи (d550); питье (d560); приобретение товаров и услуг (d620); выполнение работы по дому (d640); забота о личном имуществе (d650); забота о других (d660)

d 640 Выполнение работы по дому

Ведение домашнего хозяйства, включая уборку жилья, стирку белья, использование бытовой техники, хранение продовольствия и ликвидацию мусора, например, уборка, мытье пола, стен и других поверхностей; сбор и вынос мусора; уборка комнат, туалета, подсобных помещений; сбор, стирка, сушка, укладка и глаженье одежды; чистка обуви; использование метлы, щетки, пылесоса, стиральной машины, сушилок и утюга.

Включено: стирка и сушка одежды и белья; уборка на кухне и мытье посуды, уборка жилой части дома, использование домашних приборов, хранение предметов повседневного пользования, удаление мусора

Исключено: приобретение жилья (d610); приобретение товаров и услуг (d620); приготовление пищи (d630); забота о личном имуществе (d650); забота о других (d660)

d 649 Ведение домашнего хозяйства, другое уточненное и не уточненное

ЗАБОТА О ДОМАШНЕМ ИМУЩЕСТВЕ И ПОМОЩЬ ДРУГИМ (d650-d669)

d 650 Забота о домашнем имуществе

Поддержание сохранности и ремонт домашнего и другого личного имущества, включая дом и его обстановку, одежду, транспортные средства и вспомогательные устройства, забота о растениях и животных, например, окраска или оклейка обоями в комнатах, установка мебели, выполнение слесарных работ по дому, содержание в надлежащем порядке транспортных средств, поливка растений, кормление домашних животных и уход за ними.

Включено: пошив и ремонт одежды; поддержание сохранности жилья, обстановки, домашних приборов; поддержание в рабочем состоянии транспорта; поддержание в рабочем состоянии вспомогательных устройств; забота о комнатных и уличных растениях, забота о животных

Исключено: приобретение жилья (d610); приобретение товаров и услуг (d620); выполнение работы по дому (d640); забота о других (d660); оплачиваемая работа (d850)

d 660 Помощь другим

Помощь своим домашним и другим лицам в обучении, общении, самообслуживании, движении внутри или вне дома; забота о хорошем самочувствии своих домашних и других лиц.

Включено: помощь другим в самообслуживании, при движении, в общении и осуществлении межличностных отношений, питании и поддержании здоровья

Исключено: оплачиваемая работа (d850)

d 669 Забота о домашнем имуществе и помощь другим, другая уточненная и не уточненная

d 698 Бытовая жизнь, другая уточненная

d 699 Бытовая жизнь, не уточненная

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ОТНОШЕНИЯ ОБЩИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (d710 - d729)

d 710 Базисные межличностные взаимодействия

Взаимодействие с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме, например, оказание внимания и уважения в подходящих случаях, или ответ на чувства других.

Включено: уважение и сердечность в отношениях, положительное восприятие отношений, проявление терпимости в отношениях; критика в

отношениях, намеки в отношениях; допустимый физический контакт в отношениях

d 720 Сложные межличностные взаимодействия

Поддержание и управление взаимодействиями с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме, например, контроль эмоций и импульсивных порывов, словесной и физической агрессии; независимость в социальном взаимодействии; поведение в соответствии с социальными нормами и правилами.

Включено: формирование и завершение отношений; контроль поведения при взаимодействиях; взаимодействия в соответствии с социальными нормами; соблюдение дистанции

d 729 Общие межличностные взаимодействия, другие уточненные и не уточненные

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ (d730-d779)

d 730 Отношения с незнакомыми людьми

Временные контакты и связи с незнакомыми людьми, преследующие определенные цели, например, расспрос о направлении или при совершении покупок.

d 740 Формальные отношения

Создание и поддержание определенных отношений на формальной основе, например, с работодателем, коллегой или обслуживающим персоналом.

Включено: отношения с людьми, обладающими властью и авторитетом, с подчиненными, с равными по положению индивидами

d 750 Неформальные социальные отношения

Отношения с другими индивидами, например, случайные отношения с людьми, живущими в том же сообществе или месте жительства, с сотрудниками, студентами, приятелями, людьми одного социального уровня или профессии.

Включено: неформальные отношения с друзьями, с согражданами, со знакомыми, с соседями, с равными индивидами

d 760 Семейные отношения

Создание и поддержание семейных и родственных отношений, например, с ближайшим и расширенным семейным окружением, с воспитывающей и приемной семьей, а также другого более отдаленного уровня родственных отношений, например, с троюродными братьями и сестрами, опекунами.

Включено: отношения родители - дети, дети-родители, детей в семье, с дальними родственниками

d 770 Интимные отношения

Создание и поддержание близких или романтических отношений между индивидами, например, мужа и жены, влюбленных или сексуальных партнеров.

Включено: романтические, супружеские и сексуальные отношения

d 779 Специфические межличностные отношения, другие уточненные и не уточненные

- d 798 **Межличностные взаимодействия и отношения, другие уточненные**
- d 799 **Межличностные взаимодействия и отношения, не уточненные**

ГЛАВНЫЕ СФЕРЫ ЖИЗНИ

ОБРАЗОВАНИЕ (d810-d839)

d 810 Неформальное образование

Обучение дома или в каком-либо другом месте, не имеющем официального статуса, например, изучение ремесел и обучение навыкам от родителей или членов семьи, или обучение на дому.

d 815 Дошкольное образование

Обучение по программе начального уровня, предназначенной для введения и подготовки ребенка к условиям обязательного школьного образования, например, приобретение навыков выполнения ежедневных заданий или занятия начальной подготовкой к школе.

d 820 Школьное образование

Получение допуска в школу, выполнение всех требований школы, своих прав и обязанностей, изучение материала по курсу обучения, предметов, выполнение учебного плана программ начального или среднего образования, включая регулярное посещение школы, работа совместно с другими учащимися, восприятие указаний учителей, организация процесса обучения, завершение выполнения намеченных задач и проектов, переход на другой этап обучения.

d 825 Профессиональное обучение

Выполнение всех требований программы профессионально-технического обучения и учебного плана подготовки к работе в какой-либо профессии или специальности.

d 830 Высшее образование

Выполнение всех требований программы высшей школы в университетах, академиях и других высших учебных заведениях, а так же всех требований учебного плана для получения степени, диплома, сертификата и других удостоверений, например, завершение курса обучения в университете на звание бакалавра или магистра, завершение обучения в медицинской академии или в другом высшем учебном заведении.

d 839 Образование, другое уточненное и не уточненное

РАБОТА И ЗАНЯТОСТЬ (d840-d859)

d 840 Ученичество (подготовка к профессиональной деятельности)

Выполнение условий и требований программ по подготовке и специализации в профессии, например, выполнение обязанностей подмастерья, стажера в интернатуре отданных в обучение по контракту, учеников на производстве.

Исключено: профессиональное обучение (d825)

d 845 Получение работы, выполнение и прекращение трудовых отношений

Поиск, нахождение и выбор работы, прием на работу и принятие условий, выполнение обязанностей и продвижение, увольнение с работы в

установленном порядке.

Включено: поиск работы; подготовка документов или анкетных данных; контакт с предпринимателем и подготовка к собеседованию; сохранение своей работы; оценка своих профессиональных качеств; подача объявления; прекращение работы

d 850 Оплачиваемая работа

Выполнение всех условий, налагаемых должностью, специальностью, профессиональной деятельностью и другими формами занятости за плату, как наемный работник с полной или частичной занятостью или лицо, занимающееся индивидуальной трудовой деятельностью, например, поиск и получение работы, выполнение работы, посещение работы вовремя, как это принято или требуется, контроль за работой других, контроль со стороны других, выполнение поставленных задач самостоятельно или в группе.

Включено: индивидуальная трудовая деятельность, полная и частичная занятость

d 855 Неоплачиваемая работа

Выполнение любой работы с полной или частичной занятостью, в которой оплата не предусмотрена, включая, организацию, выполнение требований, посещение работы вовремя, как принято или как требуется, контроль за работой других, контроль со стороны других, выполнение поставленных задач самостоятельно или в группе, например, работа волонтера, работа из чувства милосердия, работа в сообществе или в религиозной общине на добровольной основе, добровольная работа во дворе дома.

Исключено: раздел 6 Бытовая жизнь

d 859 Работа и занятость, другая уточненная и не уточненная

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ (d860-d879)

d 860 Базисные экономические отношения

Занятие в любых формах простых экономических отношений, например, использование денег для покупки продовольствия, обмен, продажа товаров или услуг; сбережение денег.

d 865 Сложные экономические отношения

Занятие в любых формах сложных экономических отношений, включающих обмен капиталом и собственности, создание прибыли или получение экономической выгоды, например, приобретение дела, фабрики или оборудования, поддержание счета в банке, торговля товарами.

d 870 Экономическая самостоятельность

Распоряжение экономическими ресурсами из частных или общественных источников, призванных гарантировать экономическую обеспеченность для удовлетворения настоящих и будущих потребностей.

Включено: личные экономические ресурсы и общественные экономические фонды

d 879 Экономическая жизнь, другая уточненная и не уточненная

d 898 Главные сферы жизни, другие уточненные

d 899 Главные сферы жизни, не уточненные

ЖИЗНЬ В СООБЩЕСТВАХ, ОБЩЕСТВЕННАЯ И ГРАЖДАНСКАЯ ЖИЗНЬ

d 910 Жизнь в сообществах

Включение во все аспекты социальной жизни сообществ, например, в деятельность благотворительных организаций, клубов или профессиональных общественных организаций.

Включено: неформальные объединения, формальные ассоциации; церемонии

Исключено: неоплачиваемая работа (d855); отдых и досуг (d920); религия и духовная практика (d930); политическая жизнь и гражданство (d950);

d 920 Отдых и досуг

Включение в любые формы игр, отдыха или досуга, например, неофициально или официально организованные игры и спортивные состязания, оздоровительные программы, программы отдыха и развлечения или переключения; посещение художественных галерей, музеев, кино и театров; включение в рукоделие или хобби, чтение для удовольствия, игру на музыкальных инструментах, экскурсии, туризм и путешествия для удовольствия.

Включено: игры, спортивные состязания, искусство и культура, рукоделие, хобби, неформальное общение

Исключено: езда верхом (d480); оплачиваемая и неоплачиваемая работа (d850 и d855); религия и духовная практика (d930); политическая жизнь и гражданство (d950)

d 930 Религия и духовная практика

Включение в религиозные или духовные действия, организации и мероприятия для самореализации, поиска смысла, религиозных и духовных ценностей, единения с другими в признании божественной силы, например, посещение церкви, храма, мечети, синагоги; молитвы и религиозные песнопения, духовное созерцание.

Включено: традиционная религия и духовная практика

d 940 Права человека

Получение удовлетворения от реализации общепризнанных на национальном и международном уровнях прав, предоставляемых только из принципа гуманности, таких как "Декларация прав человека" Организации Объединенных Наций (1948) и "Стандартные правила по созданию равных возможностей людям с ограничениями жизнедеятельности" (1993); право на самоопределение и автономию; право распоряжаться своей судьбой.

Исключено: политическая жизнь и гражданство (d950)

d 950 Политическая жизнь и гражданство

Включение в социальную, политическую жизнь общества и управление, использование юридического статуса гражданина, реализация и получение связанных с этим прав, привилегий и обязанностей, например, право выбирать и быть избранным, право вступать в политические организации;

реализация прав и свобод, связанных с гражданством (например, права свободы слова, организаций, совести, защиты от необоснованного обыска и ареста, права на защиту, суд и другие юридические права, на защиту против дискриминации); использование юридического положения гражданина.

Исключено: права человека (d940)

d 998 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь, другая уточненная

d 999 Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь, не уточнена

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Определение: Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

Кодирование факторов окружающей среды

Факторы окружающей среды – это составляющая части 2 (контекстовых факторов) классификации. Они должны рассматриваться отдельно для каждой составляющей функционирования и соответственно кодироваться.

Факторы окружающей среды должны кодироваться с позиций человека, о котором идет речь. Например, тротуар без бордюра может кодироваться как облегчающий фактор для индивида, использующего коляску, и в то же время как барьер для слепого..

Определитель указывает на степень величины, которую представляет исследуемый фактор в виде барьера или облегчающего фактора. Существует несколько причин того, что факторы окружающей среды могут быть в определенной степени факторами облегчения или барьерами. Кодированному фактору облегчения следует принимать во внимание такие аспекты как доступность ресурса, наличие причин, которые могут влиять на доступ или изменение степени доступности, качество доступного ресурса и т.д. В случае кодирования барьеров может быть уместным учет того, как часто фактор выступает в качестве препятствия, является ли препятствие существенным или небольшим. Следует принимать во внимание и то, что фактор окружающей среды может быть барьером лишь потому, что имеется в наличии (негативное отношение к лицам с ограничениями жизнедеятельности), или потому, что отсутствует (например, недоступность услуг). Влияние факторов окружающей среды на жизнь людей с изменением здоровья сложное и переменное, есть надежда, что последующие исследования помогут более адекватно понять это взаимодействие и, возможно, выявить для этих факторов пользу второго определителя.

В некоторых случаях различные группы окружающих факторов могут быть описаны в таких собирательных терминах как бедность, развитие, сельские или городские условия или общественный капитал. Эти обобщающие термины не нашли отражение в классификации. Однако пользователь должен выделять из них отдельные факторы и кодировать их. Следует еще раз отметить, потребуются дальнейшие исследования, чтобы уяснить насколько перечень факторов окружающей среды останется понятным и стабильным при использовании его для описания, представленных выше обобщающих терминов.

Первый определитель

Определитель с негативной и позитивной шкалами, обозначающими степень выраженности фактора окружающей среды в виде барьера или

облегчения (-). Как показано ниже, разделительная точка указывает на барьеры, а знак (+) указывает на облегчающие факторы:

xxx.0 НЕТ барьеров (нет, отсутствуют, ничтожные...)	0-4%
xxx.1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ барьеры (легкие, небольшие, слабые...)	5-24%
xxx.2 УМЕРЕННЫЕ барьеры (средние...)	25-49%
xxx.3 ВЫРАЖЕННЫЕ барьеры (резко выраженные, тяжелые ...)	50-95%
xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ барьеры (полные...)	96-100%
xxx+0 НЕТ облегчающих факторов (нет, отсутствуют, ничтожные)	0-4%
xxx+1 НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые ...)	5-24%
xxx+2 УМЕРЕННЫЕ облегчающие факторы (средние...)	25-49%
xxx+3 ВЫРАЖЕННЫЕ облегчающие факторы (резко выраженные, значимые, ...)	50-95%
xxx+4 АБСОЛЮТНЫЕ облегчающие факторы (полные ...)	96-100%
xxx.8 не уточненный барьер	
xxx+8 не уточненный облегчающий фактор	
xxx.9 не применимо	

Широкий диапазон процентных значений дан для тех случаев, когда для количественных измерений влияния барьеров или облегчающих факторов доступны градуированные методики оценки или другие стандарты. Например, в тех случаях, когда кодируется “отсутствие барьера” или “абсолютный барьер”, ошибка допустима только в пределах 5%. “Умеренный барьер” определяется как составляющий половину временных характеристик, или достигающий середины шкалы абсолютного барьера. Процентные значения, определяемые в различных доменах, при сравнении с совокупными популяционными стандартами должны быть представлены в перцентилях. Определение этих количественных значений должно быть унифицировано, методики оценки необходимо разрабатывать в ходе исследований.

Второй определитель: будет разработан.

ПРОДУКЦИЯ И ТЕХНОЛОГИИ

Этот раздел относится к естественной или искусственно созданной продукции или системе изделий, оборудованию и технологиям, непосредственно окружающим индивида, которые собраны, созданы, произведены или изготовлены человеком. Классификация вспомогательных средств ISO 9999 определяет их как "специально произведенные и общедоступные любые изделия, инструменты, оборудование или технические системы, используемые лицами с ограничениями жизнедеятельности, предотвращающие, компенсирующие, контролирующие, облегчающие или нейтрализующие " ограничения жизнедеятельности. Установлено, что любые изделия или технологии могут быть вспомогательными (см. ISO 9999: Техническая помощь для лиц с ограничениями жизнедеятельности - классификация (вторая версия); ISO/TC 173/SC 2; ISO/DIS 9999). Однако для данной классификации окружающих факторов вспомогательные изделия и технологии определяются более узко, как любые изделия, инструменты, оборудование и технологии, адаптированные или специально разработанные для улучшения функционирования лиц с ограничениями жизнедеятельности.

е 110 Продукты или вещества для персонального потребления

Любые естественные или искусственно созданные человеком продукты или вещества, которые собраны, обработаны или произведены для потребления людьми внутрь.

Включено: продукты и лекарственные вещества

е 115 Изделия и технологии для личного повседневного использования

Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми повседневно, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их.

Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для персонального использования

Исключено: персонал, осуществляющий уход и помощь (е340)

е 120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений

Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми повседневно для движения и перемещений внутри и снаружи строений, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их.

Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений

Исключено: персонал, осуществляющий уход и помощь (е340)

е 125 Средства и технологии коммуникации

Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми в их деятельности для обмена и получения информации, включая адаптированные или специально разработанные их виды,

располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их.

Включено: основные и вспомогательные средства и технологии коммуникации

Исключено: персонал, осуществляющий уход и помощь (e340)

e 130 Изделия и технологии для обучения

Оборудование, изделия, процессы, методы и технологии, используемые для приобретения знаний, специальности или навыка, включая адаптированные или специально разработанные их виды.

Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для обучения

Исключено: персонал, осуществляющий уход и помощь (e340)

e 135 Изделия и технологии для труда и занятости

Оборудование, изделия и технологии, используемые в бизнесе, на службе и в производственном секторе для облегчения труда.

Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для труда и занятости

Исключено: персонал, осуществляющий уход и помощь (e340)

e 140 Изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта

Оборудование, изделия и технологии, используемые для проведения и повышения качества культурных, развлекательных и спортивных мероприятий, включая адаптированные или специально разработанные их виды.

Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта

Исключено: персонал, осуществляющий уход и помощь (e340)

e 145 Изделия и технологии для религиозной и духовной практики

Изделия и технологии, уникальные объекты или изделия массового производства, которые используются с символическим значением в контексте духовной культуры или религии, включая адаптированные или специально разработанные их виды.

Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для религиозной и духовной практики

Исключено: персонал, осуществляющий уход и помощь (e340)

e 150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования

Продукция и технологии обустройства внутренней и внешней окружающей среды, которые запланированы, спроектированы и выполнены для общественного пользования, включая адаптированные или специально разработанные их виды.

Включено: Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства входов и выходов, внутренних удобств и указателей

e 155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования

Продукция и технологии обустройства внутренней и внешней

окружающей среды, которые запланированы, спроектированы и выполнены для частного пользования, включая адаптированные или специально разработанные их виды.

Включено: продукция и технологии проектирования, строительства и обустройства входов и выходов, внутренних удобств и указателей

е 160 Продукция и технологии землепользования

Продукция и технологии использования земельных ресурсов, изменяющие окружающую среду индивида, которые определяются политикой использования земли, проектированием, планированием и развитием обустройства местности, включая адаптированные или специально разработанные их виды.

Включено: продукция и технологии землепользования, организованного в соответствии с правилами использования земли в сельских районах, пригородных, городских районах, парках, заповедниках

е 165 Собственность и капитал

Продукция или объекты экономических взаимоотношений: деньги, товары, собственность и другие ценности, которыми индивид владеет или которые он имеет право использовать.

Включено: материальная и нематериальная собственность, финансовые активы

е 198 Продукция и технологии, другие уточненные

е 199 Продукция и технология, не уточненные

ПРИРОДНОЕ ОКРУЖЕНИЕ И ИЗМЕНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ОСУЩЕСТВЛЕННЫЕ ЧЕЛОВЕКОМ

Этот раздел включает данные о живых и неодушевленных элементах естественной или физической среды и тех составляющих окружающей среды, которые были изменены человеком, а также о характеристиках человеческой популяции в этой окружающей среде.

е 210 Физическая география

Особенности сухопутного и водного ландшафта.

Включено: особенности географии, включающей орографию (рельеф, его качественные и количественные характеристики, включая высоту над уровнем моря) и гидрографию (водные объекты, например озера, реки, моря)

е 215 Население

Группы людей, живущие в данной окружающей среде, имеющие одинаковый способ адаптации к окружающей среде.

Включено: демографические изменения и плотность населения

е 220 Флора и фауна

Растения и животные.

Исключено: домашние животные (е350); население (е215)

е 225 Климат

Метеорологические характеристики и события, погода.

Включено: температура, влажность, атмосферное давление, осадки, ветер, сезонные изменения

е 230 Природные явления

События, связанные с географическими и атмосферными изменениями, приводящие к разрушению физической среды индивида, которые встречаются регулярно или нерегулярно, например землетрясения и опасные или разрушительные стихийные явления, такие как торнадо, ураганы, тайфуны, наводнения, лесные пожары и шторма.

е 235 Изменения в природе, произведенные человеком

Нарушения или неблагоприятные изменения естественного окружения, вызванные людьми, которые могут приводить к неблагоприятному изменению повседневной жизни людей, например события или состояния, связанные с конфликтами и войнами, т.е. перемещения людей, разрушения социальной инфраструктуры, домов; экологические бедствия, такие как загрязнение земли, воды или воздуха (ядовитые пятна).

е 240 Свет

Электромагнитное излучение, которое делает вещи видимыми, в виде солнечного или искусственного света (свечи, масляные или керосиновые лампы, огонь и электричество) и которое может раздражать или обеспечивать полезной информацией об окружающем мире.

Включено: качество света, интенсивность света, цветовой контраст

е 245 Изменения, связанные со временем

Естественные регулярные или предсказуемые временные изменения.

Включено: циклы - день/ночь и лунные циклы

е 250 Звук

Явление, которое можно услышать, такое как стук, звон, гром, свист, вопли или гудение любого уровня, тембра или тональности, которое может раздражать или обеспечивать полезной информацией об окружающем мире.

Включено: интенсивность и качество звука

е 255 Вибрация

Регулярные или нерегулярные колебательные движения объекта или индивида, вызванные физическим воздействием, например: колебания, дрожание, быстрые прерывистые движения вещей, зданий или людей, вызванные малым или большим техническим оборудованием, самолетом и взрывом.

Исключено: природные явления (е230) типа вибрации или колебания земли, вызванные землетрясением

е 260 Качество воздуха

Характеристики атмосферы (снаружи зданий) или воздуха в закрытых помещениях (внутри зданий), которые могут раздражать или обеспечивать полезной информацией об окружающем мире.

Включено: качество воздуха в помещениях и снаружи

е 298 Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, другие уточненные

е 299 Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, не уточненные

ПОДДЕРЖКА И ВЗАИМОСВЯЗИ

Этот раздел включает данные о людях или животных, которые обеспечивают практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или в других аспектах ежедневной деятельности. Этот раздел не относится к установкам человека или людей, обеспечивающих поддержку. Описываемые факторы окружающей среды это не индивиды или животные как таковые, а их физическая и эмоциональная поддержка.

е 310 Семья и ближайшие родственники

Индивиды, связанные рождением, браком или другими отношениями, признанными в культурной среде как близкородственные, например супруги, партнеры, родители, кровные братья и сестры, дети, опекуны, приемные родители, бабушки и дедушки.

Исключено: отдаленные родственники (е315); персонал, осуществляющий уход и помощь (е340)

е 315 Отдаленные родственники

Индивиды, связанные через отношения семьи или брака или другие отношения, признанные в культурной среде, как не близкородственное родство, например тетки, дяди, племянники.

Исключено: семья и ближайшие родственники (е310)

е 320 Друзья

Индивиды, с которыми близкие и продолжающиеся отношения характеризуются полным доверием и взаимопомощью.

е 325 Знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества

Индивиды, являющиеся друг другу знакомыми, равными по положению, коллегами, соседями и членами сообщества, в ситуациях работы, обучения, отдыха или в других аспектах жизни, и те, кто разделяет такие демографические особенности как возраст, пол, религия, этническая принадлежность или имеет общие интересы.

Исключено: службы ассоциаций и организаций (е5550)

е 330 Лица, обладающие властью и авторитетом

Индивиды, отвечающие за принятие решений в отношении других, и те, кто имеет определенное социальное влияние или власть, основанные на их социальном, экономическом, культурном или религиозном положении в обществе, например преподаватели, работодатели, лица, осуществляющие контроль, религиозные лидеры, их заместители, опекуны и доверенные лица.

е 335 Подчиненные

Индивиды, чей ежедневный распорядок жизни подвержен влиянию со стороны людей, наделенных властью и авторитетом на работе, в школе или в других обстоятельствах, например студенты, работники и рядовые члены религиозной группы.

Исключено: семья и ближайшие родственники (е310)

е 340 Персонал, осуществляющий уход и помощь

Индивиды, обеспечивающие необходимыми услугами других индивидов, с целью поддержки их в ежедневной деятельности и в выполнении работы, в учебе или в других ситуациях; чья деятельность осуществляется через общественные, частные фонды или на добровольной основе, например: лица, обеспечивающие специальные условия для работы на дому, персональные помощники, помощники в транспорте и осуществляющие другую поддержку, осуществляющие помощь за плату, няни и другие, занимающиеся непосредственной помощью и уходом.

Исключено: семья и ближайшие родственники (е310); дальние родственники (е315); друзья (е320); службы общей социальной поддержки (е5750); профессиональные медицинские работники (е355)

е 345 Посторонние лица

Незнакомые индивиду, а также те, с кем какие-либо отношения и связи отсутствуют или не установлены, включая неизвестных индивиду лиц, но разделяющих с ним какую-либо жизненную ситуацию; например лица, временно замещающие преподавателей, сотрудников или социальных работников.

е 350 Домашние животные

Животные, которые обеспечивают физическую, эмоциональную или психологическую поддержку, например домашние животные, содержащиеся в квартире (собаки, кошки, птицы, рыбы и т.д.), сельскохозяйственные животные и домашний скот, животные для персонального передвижения и перевозки.

Исключено: животные (е2201); собственность и капитал (е165)

е 355 Профессиональные медицинские работники

Все лица, обеспечивающие медицинское обслуживание в системе здравоохранения, например: врачи, медсестры, физиотерапевты, профпатологи, логопеды, сурдологи, ортопеды-травматологи или медико-социальные работники.

Исключено: работники других профессиональных сфер (е360)

е 360 Работники других профессиональных сфер

Все лица, обеспечивающие обслуживание вне системы здравоохранения, например: адвокаты, преподаватели, архитекторы, проектировщики или любые другие профессионалы.

Исключено: профессиональные медицинские работники (е355)

е 398 Поддержка и взаимосвязи, другие уточненные**е 399 Поддержка и взаимосвязи, не уточненные**

УСТАНОВКИ

Этот раздел касается установок, являющихся видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений. Эти установки влияют на индивидуальное поведение и социальную жизнь на всех уровнях отношений, от межличностных и отношений в сообществе до политических, экономических и юридических отношений, например: индивидуальное или общественное отношение к человеческому достоинству другого индивида, ценности человека как личности, проявление этих отношений позитивным и поощрительным или отрицательным и дискриминационным образом (например, клеймить, подгонять под шаблон, рассматривать как второстепенную или пренебрегать личностью). Установки людей классифицированы по отношению к кому-либо в определенном положении или ситуации. Это не отношения непосредственно личности. Индивидуальные установки распределены по категориям так же, как перечень, относящийся к поддержке и взаимосвязям в 3-м разделе факторов окружающей среды. Ценности и убеждения отдельно от установок не кодируются, поскольку считается, что они их определяют.

е 410 **Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников**

Общие или специфичные мнения и точки зрения близких родственников в семье относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 415 **Индивидуальные установки отдаленных родственников**

Общие или специфичные мнения и точки зрения дальних родственников относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 420 **Индивидуальные установки друзей**

Общие или специфичные мнения и точки зрения друзей относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 425 **Индивидуальные установки знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества**

Общие или специфичные мнения и точки зрения знакомых, сверстников, коллег, соседей и членов сообщества относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 430 **Индивидуальные установки лиц, обладающих властью и авторитетом**

Общие или специфичные мнения и точки зрения лиц, обладающих властью и авторитетом относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 435 Индивидуальные установки подчиненных

Общие или специфичные мнения и точки зрения подчиненных относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 440 Индивидуальные установки персонала, осуществляющего уход и помощь

Общие или специфичные мнения и точки зрения персонала, осуществляющего уход и помощь, относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 445 Индивидуальные установки посторонних лиц

Общие или специфичные мнения и точки зрения посторонних лиц относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников

Общие или специфичные мнения и точки зрения профессиональных медицинских работников относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 455 Индивидуальные установки других профессиональных работников

Общие или специфичные мнения и точки зрения профессиональных работников сфер, связанных со здоровьем, относительно личности или других вопросов (например, социальных, политических и экономических проблем), которые влияют на поведение и действия индивида.

е 460 Общественные установки

Общие или специфичные мнения и точки зрения, в общем разделяемые людьми одной культуры, общества, субкультуры или какой-либо другой социальной группы, относительно других индивидов или вопросов, касающихся социальных, политических и экономических проблем, которые влияют на индивидуальное или групповое поведение и действия индивидов.

е 465 Социальные нормы, методы и идеологии

Обычай, методы, правила и абстрактные системы ценностей и нормативных верований (например, идеология, нормативные общечеловеческие представления и философия морали), которые возникают из социального контекста и которые затрагивают или формируют общественные и индивидуальные методы и поведение, т.е. социальные нормы морали и религиозного поведения или этикета; религиозные доктрины и определяемые ими нормы и методы; нормы поведения на ритуалах или общественных собраниях.

е 498 Установки, другие уточненные**е 499 Установки, не уточненные**

СЛУЖБЫ, АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СИСТЕМЫ И ПОЛИТИКА

Этот раздел относится:

1. К службам, предлагающим услуги, сложившимся программам и действиям в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида (включая лиц, обеспечивающих услугами этих служб). Службы могут иметь общественный, частный или добровольный характер и могут быть организованы на местном уровне, уровне определенного сообщества, региональном, республиканском, государственном, национальном или международном уровнях предпринимателями, ассоциациями, организациями, агентствами или правительством. Продукт, предлагаемый этими службами, может быть общим, адаптированным или разработанным специально.

2. К административным системам, которые включают административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной властью или другой признанной властью. Эти административные системы предназначены для организации, контроля и мониторинга деятельности служб предлагающих услуги, сложившихся программ и действий в различных различных областях жизни.

3. К политике, которая включает правила, инструкции, стандарты, установленные местной, региональной, национальной, международной властью или другой признанной властью, Согласно политике осуществляется деятельность и регулируются системы организации, контроля и мониторинга деятельности служб предлагающих услуги, сложившихся программ и действий в различных различных областях жизни за ними.

е 510 Службы, административные системы и политика производства потребительских товаров

Службы, административные системы и политика, которые организуют и обеспечивают производство товаров и изделий, потребляемых или используемых людьми.

е 515 Службы, административные системы и политика архитектуры и строительства

Службы, административные системы и политика проектирования и строительства общественных и частных зданий.

Исключено: службы, административные системы и политика содержания территорий (е520)

е 520 Службы, административные системы и политика содержания территорий

Службы, административные системы и политика планирования, содержания и развития общественных территорий (например, парков, лесов, побережья, болот) и частных территорий в сельской, пригородной и городской местности.

Исключено: службы, административные системы и политика архитектуры и строительства (е515)

е 525 Жилищные службы, административные системы и политика

Службы, административные системы и политика, обеспечивающие людей убежищем, жильем или местом жительства.

е 530 Службы, административные системы и политика коммунального хозяйства

Службы, административные системы и политика предприятий коммунального хозяйства, обеспечивающие обслуживание населения водой, топливом, электричеством, санитарными услугами, общественным транспортом и другими основными услугами.

Исключено: службы, административные системы и политика защиты граждан (е545)

е 535 Службы, административные системы и политика связи

Службы, административные системы и политика для передачи информации и обмена информацией.

е 540 Транспортные службы, административные системы и политика

Службы, административные системы и политика, обеспечивающие передвижение или перемещение людей или товаров из одного места в другое.

е 545 Службы, административные системы и политика защиты граждан

Службы, административные системы и политика, предназначенные для защиты людей и собственности.

Исключено: службы, административные системы и политика коммунального хозяйства(е530)

е 550 Службы, административные системы и политика правосудия

Службы, административные системы и политика, относящиеся к юридической системе страны.

е 555 Услуги, административные системы и политика ассоциаций и организаций

Службы, административные системы и политика, касающиеся групп людей, объединенных общими некоммерческими интересами, часто связанных членством.

е 560 Службы, административные системы и политика средств массовой информации

Службы, административные системы и политика массового обеспечения услугами радио, телевидения, газет и интернета.

е 565 Экономические службы, административные системы и политика

Службы, административные системы и политика, связанные со всей системой производства, распределения, потребления и использования товаров и услуг.

Исключено: службы, административные системы и политика социальной защиты (е570)

е 570 Службы, административные системы и политика социального страхования

Службы, административные системы и политика, предназначенные для

обеспечения материальной поддержки людям, нуждающимся в социальной помощи из-за возраста, бедности, отсутствия работы, состояния здоровья или ограничений жизнедеятельности; эта поддержка финансируется из общего налога или фондов.

Исключено: экономические службы, административные системы и политика (e565)

e 575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки

Службы, административные системы и политика, нацеленные на обеспечение поддержки нуждающихся в помощи в таких сферах как осуществление покупок, ведение домашнего хозяйства, пользование транспортными средствами, забота о себе и других, необходимых для полноценного функционирования в обществе.

Исключено: персонал, осуществляющий уход и помощь (e340); службы, административные системы и политика социальной защиты(e570); службы, административные системы и политика здравоохранения (e580)

e 580 Службы, административные системы и политика здравоохранения

Службы, административные системы и политика для предотвращения болезней и лечения, обеспечения медицинской реабилитацией и пропаганды здорового образа жизни.

Исключено: службы, административные системы и политика общей социальной поддержки (e575)

e 585 Службы, административные системы и политика образования и обучения

Службы, административные системы и политика для приобретения и совершенствования знаний, опыта и профессионально-технических или художественных навыков. Смотри Международную стандартную классификацию образования ЮНЕСКО (ISCED).

e 590 Службы, административные системы и политика труда и занятости

Службы, административные системы и политика, предназначенные для поиска подходящей работы безработным или людям, ищущим другую работу, или осуществляющие поддержку индивидов, ищущих продвижения по службе.

Исключено: экономические службы, системы и политика (e565)

e 595 Политические структуры, системы и политика

Структуры, системы и политика, связанные с голосованием, выборами и управлением в стране, регионе и сообществе, а также в международных организациях.

e 598 Службы, системы и политика, другие уточненные

e 599 Службы, системы и политика, не уточненные

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

**ОПРОСНИК СОЦИАЛЬНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
пациентов с психическими и (или) поведенческими расстройствами
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф. И. О. _____
2. Год рождения _____
3. Адрес _____
4. Дата обследования _____
5. Пол _____
- | | |
|-----|-----|
| 1-М | 2-Ж |
|-----|-----|
6. Возраст
- | | |
|-----------|-----------------|
| 1 - 0-20 | 5 - 41-49 |
| 2 - 21-25 | 6 - 51-59 |
| 3 - 26-29 | 7 - 60 и старше |
| 4 - 31-39 | |

ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ

7. Диагностическая категория, код расстройства (МКБ-10) _____
8. Длительность заболевания
- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1- до 1 года | 4 - от 5 до 10 лет |
| 2 - от 1 года до 3 лет | 5 - от 10 до 15 лет |
| 3 - от 3 до 5 лет | 6 - свыше 15 лет |
9. Длительность наблюдения в ПНД
- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1 - первичное обращение | 4 - от 3 до 5 лет |
| 2 - до 1 года | 5 - свыше 5 лет |
| 3 - от 1 года до 3 лет | |
10. Форма наблюдения
- | |
|---------------------|
| 1 - консультативное |
| 2 - диспансерное |
11. Частота обращений в ПНД в год
- | | |
|--------------|------------------------------|
| 1- 0 раз | 4 - 5и более раз |
| 2 - 1-2 раза | 5 - наблюдается менее 1 года |
| 3 - 3-4 раза | |
12. Частота стационаризований в ПБ за последние 5 лет
- | | |
|--------------|-----------------------------|
| 1 - 0 раз | 4 – 5 и более раз |
| 2 - 3-2 раза | 5 – наблюдается менее 5 лет |
| 3 - 3-4 раза | |
13. Частота помещений в ДС за последние 5 лет
- | | |
|--------------|-----------------------------|
| 1 - 0 раз | 4 - 5и более раз |
| 2 - 1-2 раза | 5 - наблюдается менее 5 лет |
| 3 - 3-4 раза | |
14. Поддерживающая терапия
- | | |
|------------------|------------------|
| 1 - не нуждается | 3 - эпизодически |
| 2 - отказывается | 4 - постоянно |
15. Обращаемость в ПНД
- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 - не обращается | 3 - обращается по вызову |
| 2 - обращается самостоятельно | 4 - отказывается от посещений |

16. Цель обращения

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1 - не обращается | 4 - получение б/л |
| 2 - получение рецепта | 5- социально опасный |
| 3 - лечение | 6 - прочее |

ОБЩЕЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ**17. Удовлетворенность жизнью в целом**

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

ЗДОРОВЬЕ**18. Оценка своего психического здоровья**

- 1 - очень плохое
- 2 - плохое (скорее плохое, чем хорошее)
- 3 - хорошее (скорее хорошее, чем плохое)
- 4 - очень хорошее

19. Удовлетворенность своим психическим состоянием

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

20. Наличие хронических соматических заболеваний

- 1 - нет
- 2 - есть, без группы инвалидности
- 3 - есть, установлена группа инвалидности

21. Оценка здоровья в целом

- 1 - очень плохое
- 2 - плохое (скорее плохое, чем хорошее)
- 3 - хорошее (скорее хорошее, чем плохое)
- 4 - очень хорошее

22. Удовлетворенность физическим самочувствием

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее неудовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

ОБРАЗОВАНИЕ И ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**23. Образование**

- 1 - не учился
- 2 - вспомогательная школа
- 3 - начальное образование
- 4 - неполное среднее образование
- 5 - среднее образование
- 6 - среднее специальное образование
- 7 - незаконченное высшее образование
- 8 - высшее образование

24. Удовлетворенность полученным образованием

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4-удовлетворен полностью

25. Трудовой стаж

- 1 - не работал
- 2 - 1-4 года
- 3 - 5-9 лет
- 4 - 10-19 лет
- 5-20 лет и более

26. Профессиональная группа на момент обследования

- 1 - не работает и не учится
- 2 - учащийся
- 3 - неквалифицированный рабочий
- 4 - высококвалифицированный рабочий
- 5 - ИТР
- 6 - руководящий работник, чиновник
- 7- служащий (врач, учитель, научный работник)
- 8 - представитель творческой профессии
- 9 - предприниматель
- 10 - пенсионер
- 11 - инвалид
- 12 - прочее

27. Удовлетворенность имеющейся профессией

- 1 – не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

28. Трудоспособность

- 1 - сохранена полностью
- 2- сохранена, но не работает
- 3 - инвалид 3 группы по психическому заболеванию
- 4 - инвалид 2 группы по психическому заболеванию
- 5 - инвалид 1 группы по психическому заболеванию
- 6 - инвалид по соматическому заболеванию
- 7 - пенсионер

29. Причины оформления группы инвалидности

- 1 - не инвалид
- 2 - раннее начало заболевания (никогда не работал)
- 3 - частые обострения, непрерывное течение
- 4 - оформлена после выписки из ПБ
- 5 - стало трудно справляться с привычной работой
- 6 - конфликтные отношения с коллективом, администрацией
- 7 - прочее

30. Сколько времени имеет инвалидность

- 1 - не инвалид
- 2 - 1 год
- 3 - 2-3 года
- 4 - 4-7 лет
- 5 - 8-14 лет
- 6 - 15 лет и более

31. Удовлетворенность наличием группы инвалидности

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью
- 5 - не инвалид

32. Число дней временной нетрудоспособности по психическому заболеванию за год (всего)

- 1 - инвалид, пенсионер, не работает и пр.
- 2 - не было
- 3 - до 15 дней (включительно)
- 4 - до 1 месяца (включительно)
- 5 - до 2 месяцев (включительно)
- 6 - до 3 месяцев (включительно)
- 7 - до 4 месяцев (включительно)
- 8 - свыше 4 месяцев
- 9 - наблюдается менее года

33. Число дней временной нетрудоспособности по психическому заболеванию за год (амбулаторно и ДС)

- 1 - инвалид, пенсионер, не работает и пр.
- 2 - не было
- 3 - до 15 дней (включительно)
- 4 - до 1 месяца (включительно)
- 5 - до 2 месяцев (включительно)
- 6 - до 3 месяцев (включительно)
- 7 - до 4 месяцев (включительно)
- 8 - свыше 4 месяцев
- 9 - наблюдается менее года

34. Количество смен места работы за последние 5 лет

- 1 - не было
- 2 - 1 раз
- 3 - 2 раза
- 4 - 3 раза
- 5 - 4 раза
- 6 - 5 раз и более
- 7 - пенсионер
- 8 - инвалид
- 9 - работает менее 5 лет

35. Причины последней смены места работы

- 1- не менял
- 2- увольнение в связи с сокращением и реорганизацией
- 3 - по материальным соображениям
- 4 - моральная неудовлетворенность работой
- 5 - тяжелые условия труда
- 6 - конфликты с администрацией, коллективом
- 7 - повышенная утомляемость, перестал справляться с работой
- 8 - по психопатологическим мотивам
- 9 - прочее
- 10 - пенсионер
- 11 - инвалид

36. Удовлетворенность частотой переходов на другую работу

- 1 - удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

37. Характеристика трудовой деятельности на последнем месте работы

- 1 - не работает (не имея группы инвалидности)
- 2 - работает по специальности без снижения квалификации
- 3 - работает по специальности со снижением квалификации
- 4 - смена профессии без снижения квалификации
- 5 - смена профессии со снижением квалификации
- 6 - инвалид, пенсионер и пр.

38. Характеристика последнего места работы

- 1 - не работает
- 2 - работает в гос. учреждении
- 3 - работает в негосударственных структурах
- 4 - пенсионер
- 5 - инвалид

39. Удовлетворенность работой

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью
- 5 - не работает (инвалид, пенсионер и др.)

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ**40. Физическая работоспособность (в скобках указаны баллы для количественной оценки показателей в процессе терапии)**

- 1 - ничем не может заниматься (4 балла)
- 2 - может с трудом выполнять только простейшие виды домашнего труда (3 балла)
- 3 - выполняет элементарную домашнюю работу, однако более сложные виды деятельности затруднены, может их выполнять только "через силу", снижена продуктивность (2 балла)
- 4 - работает без принуждения, но снижена продуктивность (1 балл)
- 5 - работоспособность восстановлена полностью (0 баллов)

41. Удовлетворенность физической работоспособностью

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

42. Интеллектуальная продуктивность (в скобках указаны баллы для количественной оценки показателей в процессе терапии)

- 1 - ничем не может заниматься (4 балла)
- 2 - ограничена возможность элементарных действий: смотреть ТВ, читать "легкую" литературу (3 балла)
- 3 - сохранена возможность элементарных действий, однако выполняет их с трудом, "через силу", снижена продуктивность (2 балла)
- 4 - способность к интеллектуальной деятельности восстановлена, однако снижена ее продуктивность, отсутствует возможность к творчеству (1 балл)
- 5 - восстановлена полностью (0 баллов)

43. Удовлетворенность интеллектуальной продуктивностью

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

ДНЕВНАЯ АКТИВНОСТЬ

44. Прогулки

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1 - практически ежедневно | 3 - несколько раз в месяц |
| 2 - 1-2 раза в неделю | 4 - никогда |

45. Посещение магазинов

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1 - ежедневно | 4 - 1-2 раза в месяц |
| 2 - несколько раз в неделю | 5 - никогда |
| 3 - 1 раз в неделю | |

46. Использование общественного транспорта

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 1 - ежедневно | 3 - несколько раз в месяц |
| 2 - 1-2 раза в неделю | 4 - никогда |

47. Чтение

- | | |
|---------------|-------------------------|
| 1 - ежедневно | 3 - практически никогда |
| 2 - иногда | |

48. Просмотр телепередач (радио)

- 1- занимает большую часть дня
- 2 - ежедневно, отдельные телепередачи
- 3 - изредка (несколько раз в неделю), только любимые телепередачи
- 4 - никогда

49. Посещение театров, музеев, кинотеатров и других мест отдыха

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1 - каждый день | 5 - 1 раз в полгода |
| 2 - еженедельно | 6 - 1 раз в год |
| 3 - один раз в месяц | 7 - никогда |
| 4 - 1 раз в три месяца | |

50. Общение с друзьями и знакомыми

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 1 - каждый день | 5 - 1 раз в полгода |
| 2 - еженедельно | 6 - 1 раз 8 год |
| 3 - ежемесячно | 7 - практически никогда |
| 4 - 1 раз в 3 месяца | |

51. Хобби

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1 - нет | 4 - занятия несколько раз в месяц |
| 2 - занятия ежедневно | 5 - занятия реже 1 раза в месяц |
| 3 - занятия несколько раз в неделю | |

52. Занятие домашним хозяйством (в скобках указаны баллы для количественной оценки в процессе терапии)

- 1 - обслуживается родственниками, нуждается в уходе (4 балла)
- 2 - выполняет только самые необходимые действия, требуемые для поддержания жизнедеятельности, все делает "через силу", при первой возможности все виды деятельности перекладывает на родственников (3 балла)
- 3 - самостоятельно либо по инициативе окружающих выполняет несложные виды домашней работы (2 балла)
- 4 - обслуживает себя и окружающих, но не в полном, меньшем, чем ранее объеме (1 балл)
- 5 - полностью обслуживает себя и окружающих (0 баллов)

53. Оценка дневной активности

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1 - очень плохая | 3 - удовлетворительная |
| 2 - плохая | 4 - очень хорошая |

54. Удовлетворенность дневной активностью

- 1 - неудовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

МАТЕРИАЛЬНО-БЫТОВАЯ СФЕРА**Доход****55. Материальное положение**

- 1 - бедственное материальное положение: голодает, носит чрезвычайно старые и ветхие вещи
- 2 - с трудом "сводит концы с концами", материальных средств хватает только на питание, другие расходы недоступны
- 3 - материальных средств хватает на удовлетворительное питание, периодически может приобретаться одежда, возможен недорогой отдых
- 4 - средств хватает на разнообразное полноценное питание, приобретение, хорошей одежды, отдых
- 5 - очень высокий материальный достаток

56. Оценка дохода

- 1 - крайне низкий
- 2 - низкий
- 3 - средний
- 4 - высокий

57. Удовлетворенность материальным положением

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

Жилье**58. Характеристика жилищных условий**

- 1 - живет в перенаселенной квартире
- 2 - коммунальная квартира
- 3 - не имеет отдельной комнаты в квартире
- 4 - имеет комнату в отдельной квартире
- 5 - живет один в отдельной квартире
- 6 - размер квартиры значительно превышает общепринятый

59. Оценка жилищных условий

- 1 - очень плохие
- 2 - плохие
- 3 - удовлетворительные
- 4 - очень хорошие

60. Удовлетворенность жилищными условиями

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

Питание**61. Качество питания**

- 1 - голодает
- 2 - питание скудное, потребляются только дешевые продукты в ограниченном количестве
- 3 - удовлетворительное питание, в рационе имеется необходимый набор продуктов без излишеств
- 4 - полноценное разнообразное питание, потребление дорогих продуктов

62. Затраты на питание

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1 - крайне низкие | 3 - умеренные |
| 2 - низкие | 4 - значительные |

63. Оценка питания

- | | |
|-------------------|------------------------|
| 1 - крайне плохое | 3 - удовлетворительное |
| 2 - плохое | 4 - очень хорошее |

64. Удовлетворенность питанием

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

Одежда**65. Обеспеченность одеждой**

- 1 - нет самых необходимых вещей, ходит в обносках
- 2 - ассортимент небогат, в основном старые вещи, но есть самое необходимое
- 3 - имеются все необходимые вещи, качество соответствует среднему стандарту
- 4 - богатый гардероб: помимо необходимых вещей есть дорогие и красивые вещи

66. Оценка обеспеченности одеждой

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1 - очень плохая | 3 - удовлетворительная |
| 2 - плохая | 4 - очень хорошая |

67. Удовлетворенность одеждой

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

СЕМЬЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ КОНТАКТЫ**68. Семейное положение**

- | | |
|--------------|-----------|
| 1 - холост | 3 - вдов |
| 2 - разведен | 4 - женат |

69. Состав семьи

- 1 - одинок
- 2 - больной + родители
- 3 - больной + дети
- 4 - больной + родители + дети
- 5 - больной + другие родственники
- 6 - больной + супруг
- 7 - больной + супруг + родители
- 8 - больной + супруг + родители + дети
- 9 - больной + супруг + дети

70. Удовлетворенность семейным образом жизни

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью
- 5 - нет семьи

71. Удовлетворенность отсутствием семьи

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью
- 5 - есть семья

72. Положение больного в семье

- 1 - нет семьи
- 2 - больной занимает подчиненное положение в семье, целиком зависит от ближайших родственников, с его мнением не считаются
- 3 - больной не является главой семьи, но с его мнением считаются, может распоряжаться домашним бюджетом
- 4 - больной - глава семьи, основной кормилец, его мнение является решающим

73. Удовлетворенность положением в семье

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью
- 5 - нет семьи

74. Взаимоотношения с родственниками

- 1 - конфликтные, напряженные
- 2 - нейтральные
- 3 - неустойчивые
- 4 - хорошие

75. Удовлетворенность взаимоотношениями с родственниками

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

76. Потребность иметь друзей

- 1 - отсутствует
- 2 - слабо выражена
- 3 - средне выражена
- 4 - сильно выражена

77. Характеристика круга общения (в скобках указаны баллы для количественной оценки показателей в процессе терапии)

- 1 - практически ни с кем не общается (4 балла)
- 2 - общение с узким кругом лиц, в основном с членами семьи по их инициативе, носит эпизодический характер (3 балла)
- 3 - общение ограничено семейным окружением, в том числе и по инициативе больного (2 балла)
- 4 - общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в том числе и по инициативе больного (1 балл)
- 5 - разнообразный круг общения, в значительной степени по инициативе больного (0 баллов)

78. Удовлетворенность широтой круга общения

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

79. Характер отношений с окружающими (в скобках указаны баллы для количественной оценки показателей в процессе терапии)

- 1 - носит крайне конфликтный характер (4 балла)
- 2 - раздражителен, с трудом сдерживает себя (3 балла)
- 3 - отмечается общий фон недовольства, но может сдерживать себя (2 балла)
- 4 - легкая раздражительность (1 балл)
- 5 - спокоен (0 баллов)

80. Удовлетворенность характером общения с окружающими

- 1 - неудовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

ОБЩЕЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

81. Удовлетворенность жизнью "в целом"

- 1 - не удовлетворен
- 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен
- 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен
- 4 - удовлетворен полностью

82. Ощущение благополучия

- 1 - абсолютно несчастлив
- 2 - в основном жизнь неблагоприятна
- 3 - в основной жизни благополучна
- 4 - полностью счастлив

Клинико – функциональный диагноз больных эпилепсией

Код МКБ 10	Название по классификации МКБ 10	Тип течения эпилепсии	Частота приступов	Стадии заболевания	Изменения личности	Степень выраженности нарушений по 7 категориям
G40	Эпилепсия	Медленно – прогрессивное	Редкие 1 раз в месяц	Начальная стадия	Незначительно выраженные	I Степень легкой выраженности нарушения
G40.0	Локализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы	Подостро – прогрессивное	Средняя 1-4 раза в месяц	Стадия активного процесса	Выраженные изменения личности	II Умеренная степень выраженности нарушений
G40.3	Генерализованная идиопатическая эпилепсия	Ремитирующее	Частая 5 и более в месяц	Стадия эпилептического слабоумия	Изменения личности на уровне слабоумия	III Выраженная степень нарушений
G40.9	Эпилепсия неуточненная	Злокачественное				IV Значительная выраженность нарушений функций
G41	Эпилептический статус					

Клинико – функциональный диагноз при аффективном психозе

Код МКБ 10 F30 – F39	Клинические варианты МДП	Разновидности течения	Причины, отягощающие течение	Степень выраженности психических расстройств	Ограничение жизнедеятельности по 7 категориям	Степень выраженности нарушений по 7 категориям	Реабилитационный потенциал
F30	Маниакальный психоз	Периодическое	Церебральный атеросклероз и другие психические расстройства	1 – легкая	1 передвижение	1 легкое нарушение – ограничение по ВКК	Высокий РП1
F32	Депрессивный психоз	Течение с двойными фазами		2 – умеренная	2 самообслуживание		Средний РП2
F31	Биполярное аффективное расстройство с депрессией	Континуальный тип течения	Патологически протекающие	3 – выраженная	3 общение	2 умеренное нарушение III группа	Низкий РП3
	Биполярное аффективное расстройство с манией			4 – резко выраженная	4 контроль за поведением	3 значительное нарушение – II группа	
					5 ориентация	4 полное нарушение – I группа	
					6 способность к труду		
					7 способность к обучению		

Клинико – функциональный диагноз при неврозах

Код МКБ 10	Клинический тип	Динамика расстройства личности	Осложнение другими заболеваниями	Степень нарушения функций	Ограничение жизнедеятельности по 7 категориям	Реабилитационный потенциал
F60.4	Истерическое расстройство личности	Компенсация	Тяжелая психогения	I степень – незначительные нарушения функций	1 передвижение	I Высокий
F60	Параноидное расстройство личности	Декомпенсация	Патологически протекающий климакс	II степень умеренное нарушение функций	2 самообслуживание	II Средний
F60.3	Эмоционально – неустойчивое расстройство личности	Затяжное реактивное состояние	Раннее развитие мозгового атеросклероза	III степень выраженное нарушение функций	3 общение	III Низкий
F60.7	Зависимое расстройство личности	Дистанция	Соматические заболевания	IV – резко выраженные нарушения	4 контроль за поведением	
F60.1	Шизоидное расстройство личности	Патологическое состояние			5 ориентация	
F60.5	Психостеническое расстройство личности				6 способность к труду	
					7 способность к обучению	

**Клинико – функциональный диагноз при сосудистых заболеваниях
головного мозга с психическими нарушениями**

Код МКБ 10	Название по классификации МКБ 10	Формы слабоумия	Стадии развития сосудистых поражений головного мозга	Типы течения	Степень выраженности психических расстройств
F06.6	Астенические состояния	Дисмнестические	Первая стадия	Медленно –прогрессирующий	1 – легкая
F07.0	Психоорганические расстройства	Амнестические	Вторая стадия	Подостро – прогрессирующий	2 – умеренная
F01	Сосудистая деменция	Псевдопаралетические	Третья стадия	Злокачественный	3 – выраженная
		Асемическое	Четвертая стадия		4 – резко выраженная

Клинико – функциональный диагноз при черепно – мозговой травме

Нозологическое название ЧМТ по степени тяжести	Этап развития	Неврологические расстройства	Тип течения	Психические р-ва при отдаленных ЧМТ	Степень выраженности нарушений функций	Ограничения жизнедеятельности (функция классификация) по 7 категориям 4 степени выраженности категорий жизнедеятельности	Реабилитационный потенциал
Черепно – мозговая травма степень тяжести легкая средняя тяжелая открытые закрытые	1. Начальный период (эпизод) 2. Острый период (эпизод) 3. Поздний период (эпизод) 4. Отдаленный период (эпизод)	1. Гемиплегия 2. Моноплегия 3. Монопарез 4. Отдаленные поражения (травматический паркинсонизм) 5. Вестибулярные расстройства 6. Травматические расстройства	Регре – диентный Прогресс – диентный	1. Астенический 2. Психоорганический 3. Параксизмальные расстройства 4. Неврозоподобные расстройства 5. Психопатоподобные и аффективные расстройства 6. Галлюцинаторный синдром 7. Параноидный синдром	1. Легкая степень нарушений 2. Умеренная степень нарушений 3. Выраженная степень нарушений 4. Резко выраженная степень нарушений	1. передвижение 2. самообслуживание 3. общение 4. контроль за поведением 5. ориентация 6. способность к труду 7. способность к обучению Социальная недостаточность 1. легкое нарушение – ограничение по ВКК 2. умеренное нарушение – III группа 3. значительное нарушение – II группа 4. полное нарушение – I группа	Высокий ФК I Средний ФК II Низкий ФК III

Клиническая характеристика периодической шизофрении при определении функционального класса и органическая жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Характеристика клинической картины, стадии заболевания, типа дефекта и степени компенсации больных с периодической шизофренией	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко выраженная степень	<p>В инициальном периоде клиническая картина характеризуется аффективными расстройствами различной степени выраженности. Длительность его от нескольких месяцев до нескольких лет. Он обычно заканчивается возникновением приступа. В этом периоде изменения личности характеризуются расстройством настроения, снижением инициативы, общения. Преобладают аффективные приступы. У некоторых больных наблюдались депрессивно – параноидные. Приступы были резкими. Временная нетрудоспособность на период приступа. Стадия – продромальная, период нарастания проявлений активного процесса. Дефект – астенический, апатико – абулический, но они были слабо выраженными и компенсированными. Оценю жизнедеятельности по шкале GAF - 100-61 балл.</p>	<p>Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0</p>
ФК2. Умеренно выраженные расстройства	<p>Нарушение трудовой адаптации с этим типом течения наблюдалось при частых приступах. В клинической картине приступов появляются явления страха, тревоги, бредовой настроенности с характерным чувством изменения «Я» и окружающего. У некоторых пациентов развитие приступов приводило к картине онейроидной кататонии. Неоднократные приступы приводят к изменениям личности в виде эмоционального уплощения, сужения круга интересов, повышенной ранимости, приводят к снижению профессиональных навыков, что является основанием для ограничения трудоспособности. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF -60-41 балл.</p>	<p>Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2</p>
ФК3. Выраженные расстройства	<p>Периодическая шизофрения которая начинается в раннем возрасте с частными и длительными приступами с относительно короткими ремиссиями, наличие тенденции к усложнению клинической картины приступов, некоторых пациентов приводит к</p>	<p>Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3</p>

	нетрудоспособности. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF – 40-11 балл.	
ФК4. Резко выраженные расстройства	Наблюдаются у пациентов периодической шизофрении у которых происходит смена периодического течения на неблагоприятно злокачественный, но это единичные случаи. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF – 10-1 балл.	Самообслуживание – ФК4 Ориентация- ФК4 Общение –ФК4 Обучение- ФК4 Контроль своего поведения – ФК4 Участие в трудовой деятельности – ФК4

Клиническая характеристика приступообразно прогрессивной шизофрении при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Характеристика клинической картины приступообразно – прогрессивной шизофрении	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко выраженная симптоматика ФК2. Умеренно выраженные расстройства	Течение этого типа течения неблагоприятное, что приводит пациентов к социально-трудовой дезадаптации, что не дает основания определять функциональный класс 1 и 2.	Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0
ФК2. Умеренно выраженные расстройства ФК3. Выраженные расстройства	Этот тип течения характеризуется ранним началом в большинстве она начитается в 11 – 15 лет. В инициальном периоде наблюдается падение психической активности с резким снижением успеваемости, утратой прежних интересов, замкнутостью, бездеятельностью отгущением. На этом фоне выявляются отдельные кататонические симптомы, моторные навязчивости, перонойяльные, дисморфофобические и деперсонализованные расстройства. Манифестные приступы возникают рано, обычно в воцзрасте 14 – 16 лет. Они начинаются с атипичной мании с дурашливостью, назойливостью, однообразной стереотипизированной деятельностью с возбуждением, импульсивностью. К указанным расстройствам присоединяются идеи прследования, императивные псевдогаллюцинации. У большинства после первого приступа резко нарастают признаки шизофренического дефекта. После 2 -3 приступов психическая продуктивность резко падает и некоторые из них могут работать лишь в ЛТМ. Стадия развития процесса – период полного развития болезни, длительные приступы с	Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3

	затяжным подострым течением, типы дефекта – апатико – абулический, синдром монотонной активности и ригидности аффекта в стадии декомпенсации.	
ФК4. Резко выраженные расстройства	У этих больных ремиссия непродолжительная. В приступах нарастает кататоническая симптоматика, сначала в виде чередования, возбуждения со ступором, а в дальнейшем в виде супорозных расстройств типа люцидной кататонии с псевдогаллюцинациями. При неблагоприятном течении наблюдаются наиболее тяжелые признаки психической деградации с опустошением личности. Эти пациенты нуждаются в постороннем уходе и надзоре.	Самообслуживание - ФК4 Ориентация -ФК4 Общение - ФК4 Обучение - ФК4 Контроль своего поведения - ФК4 Участие в трудовой деятельности - ФК4

Клинические особенности эпилепсии при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Характеристика параноидной шизофрении. Оценка в баллах по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко выраженная симптоматика	Пароксизмы малой частоты – генерализованные припадки 1 и реже в месяц, сумеречные расстройства сознания или особые состояния сознания – 1 и реже 1-2 месяца; амбулаторный автоматизм – 1 в месяц и реже, эпилептический статус – 1 раз в 3 месяца. Тип течения у этих пациентов – ремитирующий, ремиссии были длительными и стойкими; усложнение пароксизмальных расстройств не наблюдалось. Психические расстройства проявляются психостеническим и истеро-ипохондрическим вариантами. Психостенический вариант клиники проявляется недомоганием, повышенной усталостью; неуверенностью в своих силах, ограничением круга интересов. Истеро-ипохондрический вариант клинически характеризуется демонстративным эгоизмом, скрупулезным соблюдением распорядка дня. Снижение трудоспособности и профессиональных навыков не отмечается у этих пациентов, они способны приобретать профессии путем обучения с учетом профориентации. Они не нуждаются в установлении группы инвалидности. Оценю	Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0

	жизнедеятельности по шкале GAF - 100-61 балл.	
ФК2. Умеренно выраженные расстройства	<p>Пароксизмы средней частоты - генерализованные – 2-3 раза в месяц; сумеречные расстройства сознания (особые состояния) – 1 раз в месяц; амбулаторный автоматизм, выраженные дисфории – 2-3 в месяц. Течение заболевания характеризуется медленно – прогрессивным течением, усложнение пароксизмов незначительное. Психические расстройства характеризуются эпилептоидным вариантом в виде педантизма, сверхакуратностью, чрезмерной точностью. В профессиональном отношении они нуждаются в установлении третьей группы инвалидности. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF - 60-41 балл.</p>	<p>Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2</p>
ФК3. Выраженные расстройства	<p>Пароксизмы частые – 4 и более генерализованные припадки в месяц; 2 и более сумеречные расстройства сознания. Амбулаторные автоматизмы 4 и более в месяц; эпилептический статус один и более в месяц. Течение эпилепсии характеризовалось подостро-прогредиентным полиморфными припадками со склонностью к серийности, и психическими эквивалентными, ремиссии неглубокие и нестойкие. Психические расстройства характеризуются аутистически – торпидным вариантом и проявляются в виде крайней медлительности, неторопливости в деятельности, низким темпом мышления, пациенты обидчивы, нередко реакции ухода в одиночество. Частые пароксизмы и выраженные психические расстройства являются основанием для признания пациентов инвалидами второй группы и трудоустройства в специально созданных условиях. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF – 40-11 балл.</p>	<p>Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3</p>
ФК4. Резко выраженные расстройства	<p>Больные с тяжелыми приступами: 5 и более в месяц с часто повторяющимися эпилептическим статусом; с умеренными расстройствами сознаниями, выраженными и стойкими дисфориями. Имеются выраженные изменения личности на уровне деменции, и больные нуждаются в постоянном постороннем надзоре и уходе, что соответствует критериям определения инвалидности первой группы. Оценка жизнедеятельности</p>	<p>Самообслуживание - ФК4 Ориентация -ФК4 Общение - ФК4 Обучение - ФК4 Контроль своего поведения - ФК4 Участие в трудовой деятельности - ФК4</p>

	по шкале GAF-10-1 балл.	
--	-------------------------	--

Оценка функциональных нарушений и ограничения жизнедеятельности пациентов, страдающих умственной отсталостью

Функциональный класс нарушений	Оценка функциональных нарушений и ограничения жизнедеятельности пациентов, страдающих умственной отсталостью. Оценка в баллах по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF)	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК4. Резко выраженные расстройства	В практике МСЭ необходимо выделять в зависимости от глубины психического развития 3 степени умственной отсталости: глубокая умственная отсталость, почти отсутствие речи и других психических функций. В практике МСЭ и проведении социальной реабилитации целесообразно выделять глубокую, среднюю и легкую степень. При оценке степени ОЖД всем пациентам, страдающим глубокой умственной отсталостью определяется 1 группа инвалидности в связи с необходимостью постоянного постороннего ухода и надзора. 10-1 балл по шкале общей оценки жизнедеятельности.	Самообслуживание – ФК4 Ориентация- ФК4 Общение –ФК4 Обучение- ФК4 Контроль своего поведения – ФК4 Участие в трудовой деятельности – ФК4
ФК4. Резко выраженные расстройства	Тяжелая умственная отсталость - характеризуется примитивностью логически-ассоциативных связей, представлений, имеется эмоциональная дифференцировка окружения. Обучение во вспомогательной школе не продуктивно. При оценке ОЖД в связи с необходимостью самообслуживания, самостоятельного передвижения, они нуждаются в определении I группы инвалидности. 10-1 балл по шкале общей оценки жизнедеятельности.	Самообслуживание – ФК4 Ориентация- ФК4 Общение –ФК4 Обучение- ФК4 Контроль своего поведения – ФК4 Участие в трудовой деятельности – ФК4

Легкая и умеренная отсталость

ФК1	Легкая умственная отсталость - наиболее сложная в дифференциальной диагностике и при решении вопросов МСЭ и социальной, трудовой адаптации. Большинство пациентов с ФК1 легкой степенью дебилности способны обучаться в обычной школе по специальной программе или вспомогательной. После ее окончания приобретают специальности рабочих, работают на простых вспомогательных работах. В подавляющем большинстве не нуждаются в определении инвалидности. 100-61 балл по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).	Самообслуживание – ФК1 Ориентация -ФК 1 Общение – ФК 1 Обучение –ФК 1 Контроль своего поведения – ФК0 - 1 Участие в трудовой деятельности – ФК0
-----	--	--

ФК2	<p><u>Умеренная умственная отсталость.</u> Приобретение навыков самообслуживания затруднено, но достижима при соответствующей социально - педагогической коррекции. Они приобретают простые трудовые навыки, большинство продуктивно работают. В простых, типовых, жизненных ситуациях они ориентируются достаточно, однако любые отклонения от привычных стереотипов их легко приводит к снижению адаптации. В большинстве эти декомпенсации кратковременные, нуждаются в помощи психиатров и родственников. Это при основном типе дефекта. 60-41 балл по шкале общей оценки жизнедеятельности.</p>	<p>Самообслуживание – ФК1 Ориентация- ФК1-2 Общение –ФК2 Обучение- ФК2 Контроль своего поведения – ФК 2 Участие в трудовой деятельности – ФК 1 - 2</p>
ФК3	<p><u>Умеренная умственная отсталость.</u> При психопатоподобном типе дефекта в связи эксплозивностью поведения, астенических реакций, устойчивая трудовая деятельность не наблюдается. Эмоциональная сфера мало модулирована, эмоциональные реакции носят затяжной, торпидный характер. Приобретение трудовых навыков крайне затруднено. Логически ассоциативные связи примитивны, сугубо конкретны, концентрация внимания низкая. 40-11 балл по шкале оценки кизнедеятельности (GAF).</p>	<p>Самообслуживание – ФК3 Ориентация- ФК3 Общение –ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения – ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3</p>

Схема клинического – функционального диагноза при шизофрении

Клинико – нозологический диагноз	Типы течения	Стадии развития шизофрении	Ремиссии	Динамика дефектных состояний		Типы дефекта	Степень нарушений функций
				Развитие дефектных состояний в период становления	Динамика сформировав шихся дефектных состояний		
I. Шизофрения, непрерывное течение а) кататоническая шизофрения гебефренная шизофрения б) параноидная шизофрения параноидная шизофрения, бредовое расстройство	а) злокачествен ные, быстро прогрессиру ющие процессы б) Медленно и вялотекущие процессы в) Прогрессиент ные процессы с затяжным подострым течением г) Ремитирующ ие болезненные процессы д) Прогрессиент ные процессы,	а) Продромальны й период и период на растания активного процесса б) Период полного раз вития болезни в) Повтор ные приступы при ремитирующе м течении г) Длительные приступы с затяжным подострым течением д) Период затихания подострых явлений и стабилизации	1. В стадии стабилизации, «дозревания» с медленным затуханием активного процесса 2. Нестойкие, кратковременн ые ремиссии с наклонностью к частым рецидивам 3. Полные стойкие ремиссии без дефекта (ремиссии А, социальное выздоровление) 4. Стойкие ремиссии с дефектом В и частью С	Развитие дефектных состояний в период становления а) период развития дефекта в стадиях активного процесса б) период формирования и стабилизации дефекта в) период сформировавшего ся и компенсированного дефекта	Динамика сформировав шихся дефектных состояний а) эпизодическ ие кратковреме нные неадекватны е ситуации колебания б) реактивное состояние в) патологическ ое развитие постпроцессу альной личности	1. Астенический 2. Синдром лабильности волевого усилия и дезорганизац ии целенаправле нной активности 3. Апатико- абулический 4. Параноидный 5. Синдром монотонной активности и ригидности эффекта 6. Психопатоп одобный 7.	I степень незначител ьные нарушения функций II степень умеренное нарушение функций III степень выраженны е нарушения функций

<p>б) параноидная шизофрения параноидная шизофрения, другие острые бредовые психотические расстройство</p> <p>в) шизофрения, эпизодический тип течения со стабильным дефектом.</p> <p>III. Шизофрения, течение эпизодическое ремитирующее шизофрения кататоническая, острое полиморфное психотическое расстройство шизофрения, другой маниакальный эпизод (другие депрессивные эпизоды, атипичная депрессия)</p>	<p>текущие приступообразно</p> <p>е) Смешанные формы</p>	<p>ремиссии</p> <p>е) Стадии ремиссии</p> <p>ж) Выздоровление</p> <p>з) Стадия постпроцессуального дефекта</p> <p>и) Исходные состояния</p>				<p>Комбинированный</p>	
---	--	--	--	--	--	------------------------	--

Характеристика невротической симптоматики при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Характеристика невротической симптоматики при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко выраженная симптоматика	Невротическая симптоматика наблюдается у пациентов легкой степени выраженности и пациенты нуждаются в ее коррекции психотерапевтом.	Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0
ФК2. Умеренно выраженные расстройства	При умеренно выраженных расстройствах ограничение по ВНК с целью коррекции имеющих расстройств	Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2
ФК3. Выраженные расстройства	Выраженные расстройства наблюдаются у пациентов с истерическими параличами. В единичных случаях показана определение инвалидности	Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3
ФК4. Резко выраженные расстройства	Резко выраженных расстройств не наблюдаются	Самообслуживание - ФК4 Ориентация -ФК4 Общение - ФК4 Обучение - ФК4 Контроль своего поведения - ФК4 Участие в трудовой деятельности - ФК4

Характеристика непрерывно текущей параноидной шизофрении при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Характеристика параноидной шизофрении. Оценка в баллах по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко выраженная симптоматика	Начальный этап этого варианта параноидной шизофрении характеризуется отдельными навязчивыми явлениями, ипохондрией, бредовыми идеями отношения. Длительность параноидального этапа от 4-6 лет. Пациенты сохраняют трудоспособность. Стадия заболевания - это продромальный период и период нарастания активного процесса, дефект - астенический. Они не нуждаются в инвалидности. Оценку жизнедеятельности по шкале GAF - 100-61 балл.	Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0

ФК2. Умеренно выраженные расстройства	Прогрессиентность имеет тенденцию к утяжелению заболевания. Кроме имеющихся параноидальных расстройств появляются отдельные галлюцинаторные расстройства. Имеющаяся психотическая симптоматика имеет тенденцию к компенсации под воздействием психофармакологической терапии. Пациенты работают со снижением в профессии. Стадия развития шизофренического процесса - это период нестойких, кратковременных ремиссий; дефектные состояния - астенический, дефект - синдром лабильности волевого усилия и дезорганизации целенаправленной активности. Дефект параноидной в стадии субкомпенсации. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF - 60-41 балл.	Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2
ФК3. Выраженные расстройства	В связи с прогрессиентностью происходит манифестация процесса, возникают основные синдромы - бредовый или галлюцинаторно-бредовый. Изменения личности отчетливо выраженные, бредовые идеи апатикотезированные. Галлюцинаторные расстройства в виде галлюцинаторного диалога императивные галлюцинации с развитием синдрома Кандинского-Клерамбо с преобладанием псевдогаллюцинаторных расстройств. Стадия процесса - это длительные обострения с затяжным подострым течением и стадия постпроцессуального дефекта. Типы дефекта - параноидный, апатико-абулический и комбинированные типы дефекта. Эти типы дефекта находятся в стадии декомпенсации. В связи с наличием сективной симптоматики и дефектных состояний в стадии декомпенсации пациенты нетрудоспособны. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF – 40-11 балл.	Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3
ФК4. Резко выраженные расстройства	Прогрессиентность параноидной шизофрении характеризуется тем, что бредовые расстройства носят галлюцинаторный характер, их фабула связана с содержанием «голосов» типа галлюцинаторного бреда преследования, воздействия, ревности. У пациентов наблюдается развитие галлюцинаторной парафрении с фантастическим видоизменением псевдогаллюциноза, вторичной кататонии. Бредовые расстройства и псевдогаллюциноз характеризуется фрагментностью. Этот период	Самообслуживание - ФК4 Ориентация -ФК4 Общение - ФК4 Обучение - ФК4 Контроль своего поведения - ФК4 Участие в трудовой деятельности - ФК4

	наблюдается смена параноидного этапа парафренным. Изменения личности характеризуются наличием падения психической активности. В связи с наличием выраженных изменений личности, неадекватного поведения пациенты нуждаются в постороннем уходе и надзоре. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF-10-1 балл.	
--	--	--

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА И ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Функциональный класс нарушений	Характеристика психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности. Оценка в баллах по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко выраженный астенический синдром	При проходящих экзогенно-органических расстройствах - отрешенность, спутанность их продолжительность от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев. При легких астенических состояниях, незначительно выраженных психоорганических расстройствах. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF 100-61 балл.	Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0
ФК2. Умеренно выраженный астенический синдром	Определяется на основании клинической характеристики астенического состояния и психоорганического расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга. Астенические состояния характеризуются умеренно выраженной психической и физической истощаемостью, головокружением, слабумием. Они имеют тенденцию к утяжелению при работе, которая приводит к нарушению компенсации. Психоорганическое расстройство проявляется замедленностью психомоторных реакций, дисмнестическими расстройствами нарушения внимания, подозрительность, ворчливость. Указанные расстройства находятся в стадии субкомпенсации, т.е. умеренно выраженной астении. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF - 60-41	Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2
ФК3. Выраженный астенический синдром	Выраженная степень нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга с психическими нарушениями, проявляются повышенной психической и физической истощаемостью, что приводит к выраженному нарушению трудоспособности, психоорганические расстройства при этой степени выраженности проявляются выражен-	Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3

	ной торпидностью, замедленностью психомоторных реакций, переменными дисмнестическими расстройствами, выраженным нарушением внимания, когнитивными нарушениями, изменениями личности с пассивностью, сужением круга интересов. У лиц старческого возраста признаки социальной психопатизации с появлением черствости, эгоцентризма, ворчливости, подозрительности.	
ФК4. Резко выраженный астенический синдром	Резко выраженные нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга наблюдаются при сосудистой деменции, которая клинически выражена ослаблением памяти на прошлые и текущие события, снижением уровня суждения. Для сосудистой деменции характерны наличие астенического фона - замедленность, ригидность психических процессов. В зависимости от выступающих на первый план в структуре деменции тех или иных черт мнестико-интеллектуального снижения, а также других клинических особенностей различают следующие разновидности сосудистого слабоумия: дисмнестическое, амнестическое, псевдопаралитическое и асемическое.	Самообслуживание – ФК4 Ориентация- ФК4 Общение –ФК4 Обучение- ФК4 Контроль своего поведения – ФК4 Участие в трудовой деятельности – ФК4

Характеристика психических расстройств при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Оценка в баллах по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко выраженный астенический синдром	Легко выраженная степень с монополярными аффективными психозами. Резкими фазами и длительными интермиссиями. пациенты сохраняют возможность приобретения знаний, работают без снижения.	Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0
ФК2. Умеренно выраженный астенический синдром	Умеренно выраженные психотические расстройства наблюдаются у пациентов с биполярными приступами, с частыми аффективными фазами, относительно подобными ремиссиями, течение типа континуальному течению, что приводит к умеренно выраженному снижению	Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2
ФК3. Выраженный астенический синдром ФК4. Резко выраженный астенический синдром	Выраженных и резко выраженных не наблюдается среди больных с аффективными психозами, исключения составляют МДП психоза в позднем возрасте. Прежде всего отмечается тенденция усложнения клинической картины фаз в результате присоединения ипохондрических расстройств достигающих порой степени	Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3

	ипохондрического нигилистического бреда, т.е. присоединение бредовых расстройств, что приводит к утяжелению прогноза. К социально-трудовой дезадаптации некоторые пациенты нуждаются в уходе и надзоре.	
--	---	--

Характеристика психических расстройств при черепно – мозговой травме при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Характеристика психических расстройств – астенический синдром при ЧМТ. Оценка в баллах по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко выраженный астенический синдром	При астеническом синдроме у пациентов отмечается повышенная раздражительность, взрывчатость, повышенная возбудимость. Симптомы слабости — проявляются незначительным выраженным снижением трудоспособности, снижением объема запоминания, нарушается способность к творчеству. Нарушение сна проявляется частым просыпанием, сон тревожный. Вегетативно-сосудистые нарушения проявляются периодическими головными болями, сердцебиением, колебанием артериального давления. Выше перечисленная симптоматика незначительна выраженная имеет к тенденции компенсации. Оценю жизнедеятельности по шкале GAF - 100-61 балл.	Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0
ФК2. Умеренно выраженный астенический синдром	Умеренно выраженная симптоматика этих пациентов проявляется повышенной раздражительностью , тревожностью, способностью к неадекватным реакциям Указанные расстройства имеют тенден- цию к незначительным компенсациям. Слабость проявлялась быстрой истощаемостью, бессилием, также отмечалась выраженная физическая и умственная усталость. Нарушения мышления проявлялось обрывами ассоциаций, отсутствием мыслей. Расстройство сна было по- стоянным . При умеренно выраженном астеническом синдроме были постоянные вегетативно-сосудистые нарушения. Головные боли беспокоили постоянно. Непрерывная психическая активность в форме организованного и целенаправленного трудового процесса с	Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2

	умеренно выраженным астеническим синдромом возможна в пределах 30-40 мин. и создается за счет мобилизации активного внимания. Продолжение трудовой деятельности приводит к обострению имеющихся расстройств. Пациенты с умеренно выраженным астеническим синдромом, перенесшие ЧМТ, нуждаются в переквалификации, работе с ограничением. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF - 60-41 балл.	
ФК3. Выраженный астенический синдром	Выраженный астенический синдром проявляется раздражительностью, неуживчива- тостью, тревогой, нарушением поведения, конфликтностью. Отмечается истощае- мость при физической и умственной нагрузке. Расстройства сна - нарушение сна, бессонница. Выраженный астенический синдром характеризуется тяжелой астенией, крайней ранимостью, невыносливостью в отношении любого (физического и психического) напряжения. При выраженном астеническом синдроме установка на производственную деятельность отсутствует. Появляется усталость, выраженные вегетативные реакции — бледность, потоотделение, учащение пульса, эмоциональной реакции, фиксация. Нетрудоспособность пациентов при наличии выраженных астенических реакций очевидна. Труд возможен в специально созданных условиях, т.е. лечебно-трудовых мастерских. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF – 40-11 балл.	Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3
ФК4. Резко выраженный астенический синдром	Резко выраженный астенический синдром наблюдается тревожностью, нарушением поведения, утрата критических способностей к своему поведению и своим действиям. Отмечается расстройство мышления с высказыванием о смысле жизни, утрата критических способностей с дезорганизацией поведения, падение активности. Течение заболевания прогрессивное. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF-10-1 балл.	Самообслуживание - ФК4 Ориентация -ФК4 Общение - ФК4 Обучение - ФК4 Контроль своего поведения - ФК4 Участие в трудовой деятельности - ФК4

Характеристика психических, соматоневрологических нарушений в определении жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Оценка в баллах по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
---------------------------------------	---	--

ФК1. Легко выраженная симптоматика	Изменение личности пациента характеризуется аффективно-волевыми расстройствами (грубость, злобность, агрессивность, цинизм). В психическом состоянии появление вялости, апатии, тупой эйфории, беспечности снижения настроения. На первый план выступает неприкрытое влечение к алкоголю, выпивка происходит в любой ситуации. По словам E.V. Leulez - «нельзя возбудить ни гордость, ни самолюбие, ни чувство достоинства». Это позволило H. Ey; Ch Brisser говорить от этической деменции при хроническом алкоголизме. Пациенты теряют профессии, квалификацию, в большинстве случаев работают на низко квалифицированных работах. Оценку жизнедеятельности по шкале GAF - 100-61 балл.	Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0
ФК2. Умеренно выраженные расстройства	Умеренно выраженная деградация в виде морально-этического огрубления, интеллектуальных расстройств, а также психопатоподобными расстройствами, которые клинически могут проявляться астенической, истерической, эксплозивной симптоматикой. Критическое отношение к своему состоянию утрачено. В связи с прогрессивностью у пациентов все отчетливее становится органические изменения личности, в частности расстройства памяти. Происходит дальнейшее снижение критики. Больные часто теряют профессиональную квалификацию и переходят на неквалифицированную работу, случайные заработки, наконец, к паразитическому образу жизни. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF -60-41 балл.	Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2
ФК3. Выраженные расстройства	Выраженная степень нарушений при хроническом алкоголизме наблюдается при деградации. В зависимости от клинических проявлений выделяют три типа деградации. 1). Деградация по алкогольно-психопатоподобному типу - пациенты аффективны неустойчивы, 1 наблюдается недержание аффектов, 1 взрывчатость, гневливость, переоценка своей личности, утрата морально-этических норм поведения; 2). Деградация по органическо-сосудистому типу - на первый план при данной деградации выходит ухудшение внимания, памяти, интеллектуальное снижение, значительное снижение и потеря трудоспособности. При этой деградации наблюдаются псевдоступорозные и псевдопаралитические синдромы. Они наблюдаются при сочетании алкоголизма с тяжелой травматической энцефалопатией, атеросклерозом сосудов мозга. Они	Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3

	<p>апатичны, безразличны к окружающему;</p> <p>3). Деградация по смешанному типу при котором сочетаются расстройства алкогольнопсихопатоподобного и органического типа.</p> <p>При выраженной деградации нарушается адаптация, то есть с выраженной социальной, психической и физической деградацией.</p> <p>Наблюдаются затяжные, хронические алкогольные психозы (бред ревности, алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике). Неврологическая симптоматика полиневрита. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF – 40-11 балл.</p>	
ФК4. Резко выраженные расстройства	<p>Резко выраженная алкогольная деградация наблюдается у пациентов в сочетании с тяжелыми психическими и неврологическими расстройствами (алкогольная полинейропатия, резко выраженной степени с нарушением функции передвижения; выраженной мозжечковой атаксией с синдромом астазии-абазии). Оценка жизнедеятельности по шкале GAF-10-1 балл.</p>	<p>Самообслуживание - ФК4 Ориентация -ФК4 Общение - ФК4 Обучение - ФК4 Контроль своего поведения - ФК4 Участие в трудовой деятельности - ФК4</p>

Характеристика степени выраженности нарушений больных с черепно-мозговой травмой с психоорганическим синдромом

Функциональный класс нарушений	Оценка в баллах по шкале общей оценки жизнедеятельности (GAF).	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
ФК1. Легко психоорганический синдром	<p>Психоподобная симптоматика характеризуется повышенной возбудимостью, раздражительностью, ранимостью. Нарушение памяти при легком психоорганическом синдроме страдает запоминание текущих событий. Ограничивается объем внимания. Аффективные реакции неустойчивы с частой сменой полярности. При легком психоорганическом синдроме отмечается лишь заострение характерологических особенностей личности. У больных с легким психоорганическим синдромом периодически обнаруживается нечеткость восприятия окружающего. Сохранность критики, позволяющая больным компенсировать возникающие нарушения и больные сохраняют способность профессиональной трудоспособности. Оценка жизнедеятельности по шкале GAF— 100-61 балл.</p>	<p>Самообслуживание – ФК0 Ориентация -ФК 0 Общение - ФК0,1 Обучение -ФК0,1 Передвижение – ФК0 Контроль своего поведения – ФК0 Участие в трудовой деятельности – ФК0</p>
ФК2. Умеренно выраженный психоорганический синдром	<p>Умеренная эмоциональная лабильность, психическая истощаемость, колебания настроения. умеренное снижение темпа мышления, повышенная утомляемость, низкая продуктивность деятельности, выраженное</p>	<p>Самообслуживание - ФК1 Ориентация -ФК1,2 Общение-ФК1 Обучение- ФК1,2 Контроль своего поведения - ФК0,1 Участие в трудовой деятельности ФК1,2</p>

	<p>нарушение памяти (преимущественно в воспроизведении недавних событий). Снижение памяти характеризуется снижением запоминания. Снижаются возможности удерживать воспринятое. Отмечается явление прогрессирующей амнезии. нарушается возможность улавливать все события в целом. Ограничивается объем внимания, нарушается ориентировка в окружающем. Начинает страдать воспроизведение последних событий жизни, страдает интеллектуальная деятельность в виде снижения суждения. Умеренно выраженное снижение критического отношения к выполнению трудовых обязанностей, критики к своему состоянию. Снижена способность понимать полученные сведения, взвешивать различные альтернативы и формировать четкий план действий и умозаключений - установление отношений и взаимосвязей между отдельными объектами внешнего и внутреннего мира. Аффективные реакции неустойчивы с частой сменной фаз. Смена аффекта происходит и спонтанно и под влиянием внешних факторов, порой самых незначительных. У пациентов отмечается ограничение круга интересов, невозможность осмысления сложных ситуаций, объединение представлений, нарушении эмоций. Обычный темп психических процессов более или менее за медлен. Непрерывная психическая активность в форме организованного и целенаправленного трудового процесса с умеренно выраженным психоорганическим синдромом возможно в пределах 30-40 мин. Продолжение трудовой деятельности в тех же условиях приводит к обострению имеющихся расстройств и пациенты нуждаются в ограничении трудовых обязанностей. Оценка жизнедеятельности по шкале (GAF) - 60- 41 балл.</p>	
<p>ФКЗ. Выраженный психоорганический синдром</p>	<p>Выраженный психоорганический синдром при ЧМТ проявляется психической беспомощностью. Больные в большинстве случаев не могут обслужить себя в полном объеме, у них отмечается выраженное снижение памяти, понимания происходящего вокруг. Они не помнят настоящие события, с трудом воспроизводят прошлое. У</p>	<p>Самообслуживание - ФК2,3 Ориентация- ФК3 Общение -ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения - ФК3 Участие в трудовой деятельности – ФК3</p>

	<p>больных с этой степенью выраженности происходит оскуднение представлений и понятий. Пациенты становятся бестолковыми, у них отмечается слабость суждений, выражено нарушается адаптация. Эмоциональное притупление, сужение круга интересов. Выраженное заострение характерологических черт личности. Отсутствие мотивации и целенаправленной деятельности. Выраженное снижение показателей внимания, памяти, восприятия, интеллекта. Выраженная ригидность мышления. При выраженном психоорганическом синдроме наблюдаются психозы, которые проявляются бредовой, параноидной симптоматикой. При выраженном психоорганическом синдроме происходит нивелировка личностных особенностей — вплоть до полного их исчезновения. При этой степени выраженности синдрома часто сопровождаются головные боли, ощущение давления в голове, головокружение, плохая переносимость жары, перепадов атмосферного давления, разнообразные неврологические симптомы. Трудоустройство возможно лишь в специально созданных условиях. Оценка жизнедеятельности по шкале (GAF)-40-11 балл.</p>	
<p>ФК4. Резко выраженный психоорганический синдром</p>	<p>Наличие выраженной интеллектуально-органической симптоматики психических процессов, резких интеллектуально мнестических нарушений, утраты прежних знаний и навыков, утрата критических способностей, аффективные расстройства (расторженность, деорганизация поведения с падением уровня активности). В этой степени выраженности у больных наблюдаются хронические психотические расстройства бредового и параноидного регистра. Течение их длительное, прогрессирующее у некоторых с исходом в слабоумие. Большинство больных нуждаются в постороннем уходе и надзоре. Оценка жизнедеятельности по шкале (GAF) - 10-1 балл.</p>	<p>Самообслуживание – ФК4 Ориентация- ФК4 Общение –ФК4 Обучение- ФК4 Контроль своего поведения – ФК4 Участие в трудовой деятельности – ФК4</p>

Характеристики непрерывнотекущей шизофрении при определении функционального класса и ограничения жизнедеятельности

Функциональный класс нарушений	Характеристика параноидной шизофрении. Оценка в баллах по шкале общей оценки	Ограничение жизнедеятельности и их выраженность
--------------------------------	--	---

	жизнедеятельности (GAF).	
ФК1. Легко выраженная симптоматика ФК2. Умеренно выраженные расстройства	В связи с ранним началом и выраженными изменениями личности функциональный класс ФК1 и ФК2 не определяются. Так же изменения личности и имеющаяся симптоматика является основанием для определения функционального класса ФК3 и ФК4	
ФК3. Выраженные расстройства	Инициальная стадия при медленном развитии болезни, складывается с падением энергетического потенциала, нарастающих эмоциональных изменений, искажение пубертатного кризиса. Уже в инициальном периоде отмечаются рудиментарные расстройства. При злокачественно протекающих формах шизофрении уже на ранних этапах отмечается падение психической активности, общее огрубление личности. В инициальном периоде обнаруживается приостановка психического развития личности, резко обедняется эмоциональная сфера. Стадия активного процесса. Дефект – апатико-абулический, синдром монотонной активности и ригидности эффекта в стадии декомпенсации.	Самообслуживание ФК-3 Ориентация –ФК3 Общение-ФК3 Обучение- ФК3 Контроль своего поведения – ФК3 Участие в трудовой деятельности ФК3
ФК4. Резко выраженные расстройства	Период манифестации характеризуется развертыванием «большого психоза» с полиморфной, но синдромально независимой картиной шизофрении, в которой сочетаются аффективные, бредовые, галлюцинаторные, псевдогаллюцинаторные, кататоно-гебефренические расстройства. В связи с наличием вышеперечисленной симптоматики больные нуждаются в постороннем уходе и надзоре.	Самообслуживание - ФК4 Ориентация -ФК4 Общение - ФК4 Обучение - ФК4 Контроль своего поведения - ФК4 Участие в трудовой деятельности - ФК4

