

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневич

«28» декабря 2018 г.

Регистрационный номер № 232-1218

МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, В ОТНОШЕНИИ  
КОТОРЫХ РЕАЛИЗУЮТСЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ  
И ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

АВТОРЫ:

к.м.н. Осипчик С.И., к.м.н., доцент Кралько А.А., Захаревич О.Ю.,  
Мартыненко А.И., Василевский В.Г., Свиридова Е.А., Кот В.В.

Минск, 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д. Л. Пиневиц

28.12.2018

Регистрационный номер № 232-1218

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ,  
В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ РЕАЛИЗУЮТСЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ  
МЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

инструкция по применению

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

АВТОРЫ: канд. мед. наук С. И. Осипчик, канд. мед. наук, доц. А. А. Кралько,  
О. Ю. Захаревич, А. И. Мартыненко, В. Г. Василевский, Е. А. Свиридова,  
В. В. Кот.

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод медицинской реабилитации лиц, в отношении которых реализуются принудительные меры безопасности и лечения в стационарных условиях (далее — метод). Его использование позволяет сохранить количество и сроки госпитализаций, увеличить процент достижения и длительность ремиссии, улучшить качество жизни лиц, в отношении которых реализуются принудительные меры безопасности и лечения в стационарных условиях (далее — пациенты).

Инструкция предназначена для врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, медицинских сестер по реабилитации.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Психические и поведенческие расстройства (F20, F30, F10, F70) со снижением уровня бытовой, трудовой, социальной активности при наличии базовых навыков самообслуживания и общения, способности пациентов к обучению и мотивации к участию в реабилитационных программах.

Медицинская реабилитация проводится лицам:

в отношении которых судом применены принудительные меры безопасности и лечения;

заболевшим психическими расстройствами (заболеваниями) после совершения общественно опасного деяния (ООД), но до вынесения приговора судом;

заболевшим психическими расстройствами (заболеваниями) во время отбывания наказания.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

1. Острые психотические расстройства (F23.0).
2. Выраженные депрессивные состояния со стойкими суицидальными мыслями и намерениями (F32.3).
3. Выраженное нарушение в общении и обучении, отсутствие элементарных навыков самообслуживания (F72-73).
4. Соматические заболевания в стадии декомпенсации.
5. Отсутствие согласия пациентов участвовать в реабилитационных программах.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Помещения для индивидуальной и групповой психотерапии площадью 10–20 м<sup>2</sup> персональный компьютер, мультимедийная установка (проектор и экран), музыкальный центр с набором релаксационных музыкальных программ; психологические тесты для экспериментально-психологического исследования: таблицы Шульте, методика «Запоминание 10 слов», тест внутренней агрессии (Методика Вагнера, «Hand-test»), оценка уровня функционирования (Индекс Бартеля), шкала психологического благополучия Dupuy.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Важнейшим инструментом в медицинской реабилитации пациентов, в отношении которых реализуются принудительные меры безопасности и лечения, является психотерапевтическое вмешательство (трудовая терапия, лечение занятостью, культтерапия). Они должны проводиться не только в неограниченных масштабах и индивидуальной форме, но и условиях совместной деятельности пациентов и персонала организаций здравоохранения.

У пациентов отмечены низкая и средняя степень психологического благополучия, неуверенность, тревожность, снижение самоконтроля; как следствие, формируется основа для проявления агрессии по отношению к окружающим и различных форм девиантного поведения. Для них характерны антисоциальные личностные установки, разнообразные внутренние и внешние конфликты, наличие обвиняющей позиции пациента по отношению к другим, склонность к импульсивности, агрессии, неспособности адекватно анализировать конфликтную ситуацию, что в большинстве случаев приводит к повторным ООД, идентичным по механизму предыдущим.

Базисным методом, адекватным целям реабилитации, направленным на восстановление личного и социального статуса пациента путем опосредования через личность лечебно-восстановительных влияний и мероприятий, является психотерапия. Наиболее адекватным методом психотерапии в системе реабилитации является групповая психотерапия, в т. ч. и в форме социотерапии. Выделены следующие виды групповых подходов:

терапевтические процедуры, направленные на социальную реадaptацию пациента, его коммуникабельность, возможность самореализации, разрешения психологических и преодоления социальных конфликтов. Они проводятся, во-первых, в психотерапевтических группах, в которых изменение затронутых способов обращения и переживания становится непосредственно предметом обсуждения и сознательной рефлексии. Это группы, фокусированные на конфликтной проблематике пациента (разговорные группы и группы проблемных дискуссий);

терапевтические группы, в которых взаимодействие между пациентами опосредствовано общей деятельностью и переживанием (занятие художественным творчеством, общее прослушивание музыки и т. п.). Эти группы используют тренировочную технику, игровые и творческие формы занятий (психомоторные, коммуникативные, группы арт- и музыкотерапии). Творческая организация свободного времени вместе с трудом также рассматривается как способ формирования личности;

бифокальный терапевтический подход, при котором объектом психокоррекционной работы становятся также члены семьи пациента (семейная психотерапия).

Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии может решаться по-разному в сторону определенной интенсивности. Индивидуальная работа с пациентом важна для выявления его основной внутри- и межличностной проблематики, формирования мотивации к эффективному участию в групповых занятиях, коррекции реакций на ситуации группового взаимодействия. В этих случаях она служит ценным дополнением групповой психо- и социотерапии.

Все это определяет необходимость дифференциации задач групповой психотерапии, соответствующих ей методов и одновременно служит основанием для комплексного избирательного использования различных приёмов. Выделено несколько уровней такого рода задач:

эмоциональная стимуляция, социальная активация и отладка коммуникаций;

выработка адекватных стереотипов общения в трудных ситуациях, тренировка общения и повышение социальной уверенности;

формирование правильного представления о болезни и нарушении общения, коррекция установок и отношений, оптимизация общения;

раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, перестройка системы отношений и формирование адекватных форм психологической компенсации.

Таким образом, психо- и социотерапия составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления пациентов.

Виды реабилитационных мероприятий:

1. Психообразование для пациентов и их родственников проводится по различным аспектам психических и поведенческих расстройств. Задачи психообразования:

преодоление стресса, обусловленного болезненным состоянием и принудительной изоляцией вследствие совершенного ООД, через осознание и принятие болезни;

осознание серьезности совершения ООД и заболевания;

дестигматизация психического заболевания;

преодоление ситуации, обусловленной резкой сменой ролевых функций, недооценкой значимости социальных потерь;

выработка адекватных коммуникативных навыков и навыков совладания со сложными ситуациями;

развитие чувства внутреннего контроля;

создание высокого уровня мотивации к позитивным изменениям;

формирование сознательного отношения к лечению и ответственности за свое будущее;

повышение уровня социальной компетенции и социальной адаптации.

2. 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 бытовых 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).

### 3. Терапия занятостью (эрготерапия).

Цель: максимальное восстановление способности пациента к независимой жизни (самообслуживанию, общению, продуктивной деятельности, отдыху).

Виды терапии занятостью, используемые в медицинской реабилитации пациентов с психическими и (или) поведенческими расстройствами:

терапия искусством:

работа с бумагой;

работа с природным материалом (высушенными листьями и цветками, желудями, мхом, фасолью, горохом);

рукоделие (вышивание, вязание, шитье);

участие в подготовке концертных программ;

изготовление мягкой игрушки;

трудовая терапия:

работа с текстилем;

работа с природным материалом;

работа с пластилином, глиной, песком;

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

Таким образом, для коррекции этих особенностей применяется групповая психотерапия, главной задачей которой является формирование социально приемлемых стереотипов поведения в кризисных для пациента ситуациях, коррекция дезадаптивных социальных установок, перестройка патологической системы межличностных отношений и выработка адекватных форм психологической защиты. При этом ведущей должна быть систематическая работа в малой психотерапевтической группе.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

**Критерии для оценки реабилитационного потенциала при реализации принудительных мер безопасности и лечения**

Реабилитационный потенциал (РП) характеризует возможности реабилитации в целом. В соответствии с задачами реабилитации он может быть

разделен на несколько составных частей: компенсации нарушенных функций; основных способностей к повседневной деятельности — бытовой активности; способности к профессиональному труду.

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

Специфические факторы объединены в три группы:

медицинские факторы;

психологические факторы;

социальные факторы.

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

Психологические факторы включают оценку реабилитационного потенциала личности.

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

достигается сохранностью способностей, обеспечивающих жизнедеятельность;

зависит от реабилитационного потенциала социальной среды, т. е. готовности и способности 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 или низкий.

Оценка реабилитационного потенциала основывается на общем принципе необходимости и достаточности рекомендуемой меры для предотвращения новых опасных действий со стороны пациента, а также проведения показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий и их длительности.

При определении характера течения расстройства психического здоровья следует руководствоваться частотой обострений в течение последних 6 мес.

Следует учитывать ряд клинических, психологических и социальных критериев для определения реабилитационного потенциала и степени общественной опасности пациента.

Клинические:

психопатоподобный синдром с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений;

бредовые идеи определенного содержания, направленные против конкретных лиц или организаций и сопровождающиеся аффективной напряженностью и тенденциями к их реализации (особенно идеи ревности, преследования, сексуального воздействия и т. п.);

периодические и пароксизмальные психотические состояния, сопровождающиеся агрессивностью и имеющие тенденции к частому возникновению;

депрессивные состояния с бредом самообвинения (риск совершения «расширенного самоубийства»);

маниакальные и гипоманиакальные состояния с расторможенностью и псевдопредприимчивостью.

Психологические:

наличие (отсутствие) критического отношения к совершенному общественно-опасному деянию (принятие ответственности);

снижение психодиагностического индекса агрессивности (сравнивается при поступлении и далее в динамике не реже одного раза в 6 мес.);

декларирование отказа от употребления алкоголя и других ПАВ (для зависимых);

принятие своего заболевания, и как следствие, намерение продолжать поддерживающее лечение после выписки из стационара;

наличие структурированных планов на будущее: поиск работы, желание начать (продолжить) образование, приобрести (новую) специальность;

соблюдение правил внутреннего распорядка для пациентов в отделении за последний год пребывания — учитываются:

попытки к побегу, намерения к побегу;

хранение и (или) изготовление запрещенных предметов и веществ;

отказ от употребления и (или) хранение лекарственных средств;

наличие суицидальных попыток, суицидальных мыслей и (или) намерений;

проявление агрессии к персоналу и пациентам;

участие (если предусмотрено режимом) в реабилитационных мероприятиях;

сотрудничество с психологом для проведения психодиагностических или психокоррекционных мероприятий.

Социальные:

признаки социальной дезадаптации, проявляющиеся в виде отсутствия работы и(или) трудовой занятости, материальной необеспеченности, жилищно-бытовой неустроенности (особенно отсутствие постоянного места жительства), отсутствия семьи или семейного благополучия, подверженности асоциальному влиянию;

склонность к систематическому употреблению алкоголя, наркотиков и других токсических и психоактивных веществ;

проявления криминального поведения до болезни, повторность (рецидивы) совершения общественно опасных действий;

нарушения правил внутреннего распорядка для пациентов при прежних госпитализациях в психиатрические стационары;

подверженность асоциальному влиянию со стороны других лиц.

**Алгоритм проведения медицинской реабилитации пациентов, в отношении которых реализуются принудительные меры безопасности и лечения в стационарных условиях**

С учетом динамики клинических и социально-психологических характеристик реабилитационного потенциала пациентов выделены четыре этапа реабилитационных мероприятий.



Первый этап — реабилитационно-лечебный, осуществляется в стационарных отделениях организаций здравоохранения психиатрического профиля при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской реабилитации. Основной задачей является сохранение и частичное восстановление простейших социально-бытовых навыков (питьевого режима, режима приема пищи, режима сна, навыков одевания, навыков хождения). Восстановление адекватных коммуникативных навыков (общения с персоналом, родственниками, соседями по палате). Психокоррекционные методы должны иметь невысокую интенсивность и носить индивидуальный характер. Проводятся с привлечением пациентов к деятельности в пределах палаты.

Второй этап — ранней стационарной медицинской реабилитации (восстановительный), осуществляется в раннем восстановительном периоде заболевания (в стационарных отделениях психиатрического профиля и в отделении медицинской реабилитации):

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

пациентам с резко выраженными нарушениями психических функций с ограничениями жизнедеятельности (ФК 4), нуждающимся в посторонней помощи, и перспективой восстановления утраченных функций и ограничений жизнедеятельности.

Цель этапа — дальнейшее восстановление социально-бытовых навыков. Закрепление адекватных коммуникативных навыков. Лечение занятостью и трудовой терапией индивидуально для каждого пациента с достаточными перерывами на отдых и с учетом показаний и противопоказаний для выполнения данной трудовой операции. Овладение одной или несколькими трудовыми операциями самостоятельно. Повышение интенсивности психотерапевтической работы.

Третий этап — этап поздней стационарной медицинской реабилитации (этап закрепления и поддержки социального восстановления) осуществляется в психиатрических стационарных отделениях и отделении медицинской реабилитации:

в поздний восстановительный период заболевания;

период последствий 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).

Суть этапа заключается в закреплении имеющихся социально-бытовых и коммуникативных навыков. Организация трудового режима с максимальным вовлечением пациентов в комплекс проводимых реабилитационных мероприятий. Психотерапевтические воздействия дополняются социальными мероприятиями, продолжением лечения занятостью и трудовой терапией.

Для каждого из перечисленных этапов характерны наряду с изменяющейся клинической картиной определенные психологические, индивидуальные и групповые феномены, которые следует учитывать при выборе психотерапии.

На всех этапах медицинской реабилитации организация реабилитационного процесса осуществляется врачом-специалистом (врачом-реабилитологом) и реализуется в следующей последовательности:

1. Оценка функционирования, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.
2. Определение реабилитационного потенциала.
3. Формирование плана или индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента.
4. Оценка эффективности медицинской реабилитации пациента.