

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
9 ноября 2007 г.
Регистрационный № 155-1106

**МЕТОДИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ
И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Научно-исследовательский институт
медико-социальной экспертизы и реабилитации»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. С.А. Игумнов, ст. науч. сотр. Т.В. Майорова

Минск 2008

Методика психосоциальной адаптации и ресоциализации больных цереброваскулярными заболеваниями создана на основании результатов НИР «Разработать методику социально-психологической реабилитации и ресоциализации пациентов, страдающих цереброваскулярными болезнями», выполненной на базе ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации» Министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2005–2006 гг.

В Республике Беларусь ежегодно вследствие цереброваскулярной патологии становятся инвалидами 10–12 тыс. человек, многие из которых находятся в трудоспособном возрасте. Заболеваемость инфарктом мозга (инсультом) в нашей республике составляет 2,3–2,5 на 1000 человек населения; более того, число пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в возрасте старше 55 лет удваивается с каждым десятилетием жизни. Повторный инфаркт мозга в течение 1-го года развивается у 5–25% пациентов, 3-х лет — в среднем у 18%, 5 лет — у 20–40%. По данным европейских исследователей, на каждые 100 тыс. населения приходится 600 больных с последствиями инсульта, из них 60% являются инвалидами. По рекомендации общеевропейского согласительного совещания во всех европейских странах доля пациентов, не нуждающихся в посторонней помощи через 3 месяца после ОНМК, должна быть более 70%, а спустя 12 месяцев 70% больных должны возвратиться к профессиональному труду (Гиткина Л.С., Смычек В.Б. и соавт., 2000). В связи с вышеизложенными проблемами возникает необходимость в рациональной, ранней, комплексной и патогенетически обоснованной реабилитации больных после острого нарушения мозгового кровообращения. Одной из важнейших задач является оценка показателей, объективизирующих эффективность психологической реабилитации и ресоциализации пациентов (Игумнов С.А. и соавт., 2005; Игумнов С.А., 2007).

Проведенное исследование является компонентом комплексной стратегии, направленной на минимизацию социально значимых последствий цереброваскулярных болезней в Республике Беларусь.

Алгоритмы психосоциальной адаптации и ресоциализации лиц с цереброваскулярными заболеваниями разработаны в целях унификации методов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2006 гг. от 8 октября 2003 № 1276 и Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 № 1331.

Для психосоциальной адаптации и ресоциализации лиц с цереброваскулярными заболеваниями используется большой арсенал воздействий психокоррекционной и психотерапевтической направленности. Эти формы помощи получают развитие в специально ориентированных разделах психологических и психиатрических служб, поэтому возрастает потребность в методических материалах для проведения такой работы.

Большое влияние на процесс психосоциальной адаптации и ресоциализации лиц, страдающих цереброваскулярными болезнями, оказывает уровень их когнитивного функционирования. Происходит изменение когнитивной сферы больных от легкого расстройства до деменции.

Отличительной особенностью цереброваскулярных заболеваний является изменение *социального статуса* пациентов. Сложившиеся в процессе жизнедеятельности основные социальные роли часто претерпевают необратимые изменения, появляются новые социальные роли: больного, тяжело больного, инвалида. Происходит смена ведущей деятельности. Часто основной ведущей деятельностью становится реабилитационная. Ослабевает сеть социальной поддержки. Изменение социального статуса больных происходит от осознанной возможности изменения до социальной дезадаптации тяжелой степени.

Синдромологическая структура выявленных нарушений и нозологическая принадлежность синдромов определялась с помощью Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1994).

Выделение клинико-реабилитационных групп (КРГ) по психическому статусу осуществлено в зависимости от уровня когнитивного функционирования и выраженности психических и поведенческих расстройств, с учетом характера и степени неврологического дефицита.

Данная инструкция предназначена для врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, реабилитологов, работающих в составе мультидисциплинарных бригад и оказывающих помощь пациентам, страдающим цереброваскулярными заболеваниями, на стационарном и амбулаторном этапах.

Методика психосоциальной адаптации и ресоциализации больных цереброваскулярными заболеваниями включает:

1. Психодиагностический модуль для определения клинико-реабилитационной группы по психическому статусу.
2. Формирование КРГ.
3. Психофармакологический модуль.
4. Алгоритм для КРГ № 1.
5. Алгоритм для КРГ № 2.
6. Алгоритм для КРГ № 3.
7. Приложение №1. Карта психологической реабилитации больного.

Методологические основы психологической реабилитации

Методологическим обоснованием основной концепции разработанных нами алгоритмов психосоциальной адаптации и ресоциализации лиц с цереброваскулярными заболеваниями являются «Протоколы диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 августа 2005 № 466.

Методологической психологической парадигмой данного исследования является когнитивная парадигма. Выбор когнитивной психотерапии как

основной при психологической реабилитации лиц с цереброваскулярными заболеваниями обоснован эффективностью реабилитации и практикой применения когнитивной терапии в большой когорте больных.

Когнитивная терапия — направление в психотерапии, в котором основное внимание уделяется познавательным структурам психики с упором на личность, личностные конструкты и в целом на логические способности (Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А., 2003). Когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная) психотерапия расширила психологический инструментарий методики.

Психосоциальная адаптация и ресоциализация являются составной частью всего реабилитационного процесса.

Психологическая реабилитация больных с цереброваскулярной патологией — сложная комплексная многофакторная проблема, связанная с заболеванием и инвалидностью и как следствие — с нарушением социальных связей и психологической дезадаптацией.

**ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ
МЕТОДИКИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И
РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Психолого-психотерапевтические мероприятия	Количество в течение курса и продолжительность
СТАЦИОНАРНЫЕ и АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ	
<p>1. Клинико-anamнестический анализ предшествующей медицинской документации</p> <p>2. Клиническое интервью</p> <p>3. Обязательная психодиагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GAF (General Assessment of Functioning). Шкала общей оценки жизнедеятельности (в соответствии с DSM-IV) • ФК (функциональный класс) в соответствии с DSM-IV • MMSE (Mini Mental State) — Скрининг-оценка состояния интеллектуальных функций методом интервью • NAIF Опросник «Качество жизни»; • Опросник «Восстановление локуса контроля» (Recovery Locus of Control) • Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale) • Тест зрительно-моторной координации (Trail Making Test A&B) • Шкала астенического состояния (ШАС) <p>4. Дополнительные критерии для постановки диагноза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • доказанное наличие основного заболевания (клинические проявления, анамнестические данные и др.) • временная связь (недели или месяцы) между возникновением основного заболевания и 	<p>2 раза по 30 мин В начале и конце курса</p> <p>2 раза по 30 мин В начале и конце курса</p>

<p>симптомами психической патологии</p> <ul style="list-style-type: none"> • редукция симптомов психического расстройства при излечении основного заболевания • отсутствие каких-либо иных объяснений причины возникших психических расстройств <p>5. Дифференциальная психодиагностика Дифференцирование с невротическими расстройствами, при которых отсутствует характерный анамнез и которые связаны с психологическими причинами и стрессом</p> <p>6. Определение КРГ по результатам клинического интервью и психодиагностики</p> <p>7. Составление индивидуальной карты психологической реабилитации больного согласно алгоритму психосоциальной адаптации и реабилитации определенной КРГ</p>	<p>2 раза по 60 мин В начале и конце курса</p> <p>1</p> <p>1</p>
--	--

ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ГРУПП

осуществляется на основании комплексной оценки эмоционально-когнитивного статуса:

ГРУППА F06. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ИЛИ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЗГА

F06.6 Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство

F06.4 Тревожное расстройство органической природы

F06.32 Депрессивное расстройство органической природы

Диагностические указания:

- Группа клинически разнородных состояний, причинно связанных с дисфункцией мозга вследствие первичного мозгового заболевания

Клинические проявления напоминают те расстройства, которые не считаются «органическими» в узком смысле (**астения, тревога, депрессия**). Объединение этих различных расстройств в одну группу связано с тем, что они непосредственно вызваны цереброваскулярными заболеваниями.

Обязательные критерии для постановки диагноза:

- **доказанное наличие** основного заболевания (клинические проявления, анамнестические данные и др.);
- **временная связь** (недели или месяцы) между возникновением основного заболевания и симптомами психической патологии;
- **редукция симптомов** психического расстройства при излечении основного заболевания;
- **отсутствие каких-либо иных объяснений причины** возникших психических расстройств.

УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

1-й этап: психодиагностический — РУ, МУ, ОУ, Респ.У

2-й этап: психотерапевтический — РУ, МУ, ОУ, Респ.У

РУ — районный уровень

МУ — межрайонный уровень

ОУ — областной уровень

Респ.У — республиканский уровень

ФОРМИРОВАНИЕ КРГ

Первая клинко-реабилитационная группа КРГ I

F06.6 Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство

1-я подгруппа: Отсутствие нарушений когнитивной сферы

2-я подгруппа: F06.7 Легкое когнитивное расстройство (в качестве коморбидного состояния)

F06.6 *Общая характеристика.* Состояние, характеризующееся выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью, разнообразными неприятными физическими ощущениями и болями, предположительно возникающими вследствие органического поражения мозга. Характерны головные боли, головокружения, плаксивость, вегетативная неустойчивость, гиперестезии.

Дифференциальная диагностика. Чаще следует дифференцировать с невротическими расстройствами (неврастенией, другими специфическими невротическими нарушениями) без характерного анамнеза, связанными с психологическими причинами и стрессом.

F06.7 *Общая характеристика.* Часто возникает как следствие перенесенного органического заболевания мозга. Характеризуется снижением когнитивной продуктивности, проявляется в сферах памяти, мышления, речи, поведения. В отношении памяти имеют место проблемы при запоминании и воспроизведении нового материала; мышления — трудности при формулировке общих и абстрактных идей; речи — затрудненный поиск слов; поведения — некоторая растерянность и аффект недоумения. Расстройство обратимо, длительность его совпадает с продолжительностью основного заболевания. Расстройство отмечается на протяжении не менее двух недель после развития основной патологии.

Дифференциальная диагностика. Легкие когнитивные нарушения от органических расстройств личности отличаются тем, что первые не сочетаются с изменениями поведения (расторможенность, неадекватность) и продуктивными сдвигами (паранойяльность), типичными для органической патологии.

Вторая клинко-реабилитационная группа (КРГ II)

F06.4 Тревожное расстройство органической природы

По когнитивному статусу:

1-я подгруппа: Отсутствие нарушений когнитивной сферы

2-я подгруппа: F06.7 Легкое когнитивное расстройство (в качестве коморбидного состояния)

Общая характеристика. Состояние характеризуется тремором, ощущениями дрожания в эпигастральной области, спазмом вокруг пупка, напряжением мышц скальпа, тахикардией и повышением артериального давления, учащенным дыханием, бледностью или покраснением, потливостью, ощущением сухости во рту. Речь обычно ускорена. Тревожное расстройство может генерализоваться вплоть до панического. Тревога в поведении проявляется в неустойчивой фиксации взгляда, осматривании, реакции плеча (при незначительном звуке или появлении постороннего лица плечи приподнимаются — симптом «редуцированного прятания»), жестах — потирание шеи, рук, перебирание складок одежды. При страхе пациент может жаловаться на боли и сжатие вокруг пупка. В данных случаях при пальпации в этой области можно обнаружить напряжение. Имеет место высокая мотивация к уходу и прерыванию контакта. Пациент обычно не может связать свою тревогу и страх с чем-либо определенным.

Дифференциальная диагностика. Следует дифференцировать с невротическими тревожными и фобическими расстройствами, а также начальными проявлениями других психозов, в частности с делирием. Невротические тревожные и фобические расстройства обычно связаны с психологическими причинами, стрессом, которые звучат в структуре тревоги. При этих нарушениях не выявляются соматические симптомы, свойственные органической тревоге.

Третья клинико-реабилитационная группа (КРГ III)

F06.32 Депрессивное расстройство органической природы

По когнитивному статусу:

1-я подгруппа: Отсутствие нарушений когнитивной сферы

2-я подгруппа: F06.7 Легкое когнитивное расстройство

F07.0 Расстройство личности органической этиологии (в качестве коморбидных состояний)

Общая характеристика. Депрессия является заболеванием аффективной сферы, главное проявление которого – стойко сниженное, угнетенное настроение, сопровождающееся снижением общего уровня активности, интеллектуальным и двигательным торможением. Депрессивное заболевание поражает практически все сферы: эмоциональную, интеллектуальную, волевою и телесную, что проявляется как в субъективных жалобах пациента, так и объективно — в изменении активности, работоспособности, поведения. Косвенно органический фон может быть выявлен по сочетанию указанных расстройств со снижением активности вплоть до редукции энергетического потенциала, а также симптомами когнитивного дефицита. При депрессии возрастает риск совершения самоповреждающих и суицидальных действий.

Дифференциальная диагностика. Органические аффективные расстройства следует дифференцировать с аффективными резидуальными нарушениями вследствие зависимости от психоактивных веществ, с эндогенными аффективными сдвигами, симптомами лобной атрофии.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ

Проведение лекарственной терапии должно учитывать следующие факторы:

- Глубина (тяжесть) заболевания.
- Спектр психотропной активности лекарственного средства.
- Опыт приема пациентом лекарственных средств.
- Возраст и соматическое состояние пациента.
- Лекарственное взаимодействие, если пациент принимает другие лекарственные средства.
- При амбулаторном лечении учитывается стиль жизни и характер работы пациента (во избежание «поведенческой токсичности», т. е. неблагоприятного воздействия психофармакологического средства на моторные и когнитивные функции в процессе управления автотранспортом, операторской и иной деятельности).

Психофармакотерапия поведенческих и других сопутствующих нарушений при легком когнитивном расстройстве (F06.7)

Группы препаратов	Симптом-мишень	Препараты	Дозы
Ноотропные (нейрометаболические) препараты	Когнитивные нарушения	Пирацетам	1,4–2,8 г/сут
		Фенибут	500–1500 мг/сут
Транквилизаторы	Эмоциональная лабильность	Тофизопам	50–150 мг/сут
		Альпразолам	0,25–0,5 мг/сут
		Медазепам	20–40 мг/сут
		Гидроксизин	50–100 мг/сут

Психофармакотерапия поведенческих и других сопутствующих нарушений при органическом расстройстве личности (F07.0)

Симптом-мишень	Группы препаратов	Препараты	Дозы
Эмоциональная лабильность	Нормотимики	Карбамазепин	400–1200 мг/сут
		Соли вальпроевой кислоты	600–1200 мг/сут
		Топирамат	100–200 мг/сут
	Транквилизаторы	Диазепам	10–30 мг/сут
		Тофизопам	100–250 мг/сут
		Клоназепам	2–8 мг/сут
		Медазепам	20–40 мг/сут
		ФМназепам	0,5–2,0 мг/сут
Депрессивный компонент	Антидепрессанты со	Мапротилин	50–200 мг/сут
		Миансерин	30–60 мг/сут

	сбалансированным действием	Кломипрамин	50–200 мг/сут
		Флуоксетин	20–60 мг/сут
		Флувоксамин	100–250 мг/сут
		Сертралин	50–150 мг/сут
		Тианептин	37,5 мг/сут

**Психофармакотерапия при органическом эмоциональном лабильном
(астеническом) расстройстве (F06.6 по МКБ-10; КРГ I)**

Группы препаратов	Препараты	Дозы
Транквилизаторы	Альпразолам	0,5–2 мг/сут
	Клоназепам	2–4 мг/сут
	Тофизопам	50–150 мг/сут
	Медазепам	20–50 мг/сут
Антидепрессанты	Кломипрамин	100–200 мг/сут
	Флуоксетин	20–60 мг/сут
	Флувоксамин	150–250 мг/сут
	Сертралин	100–200 мг/сут
	Пароксетин	40–60 мг/сут
	Эсциталопрам	10–30 мг/сут
Нормотимики	Соли вальпроевой кислоты	300–1500 мг/сут
	Карбамазепин	400–1000 мг/сут

**Психофармакотерапия при тревожном и депрессивном расстройстве
органической природы (F06.4, F06.32 по МКБ-10 (КРГ II, КРГ III))**

Группы препаратов	Препараты	Дозы
Транквилизаторы	Альпразолам	0,5–2 мг/сут
	Клоназепам	2–4 мг/сут
	Тофизопам	50–150 мг/сут
	Медазепам	20–50 мг/сут
Антидепрессанты	Кломипрамин	100–200 мг/сут
	Флуоксетин	20–60 мг/сут
	Флувоксамин	150–250 мг/сут
	Сертралин	100–200 мг/сут
	Пароксетин	40–60 мг/сут
	Эсциталопрам	10–30 мг/сут
Нормотимики	Соли вальпроевой кислоты	300–1500 мг/сут
	Карбамазепин	400–1000 мг/сут

АЛГОРИТМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Во всех видах когнитивной психотерапии действуют сходные факторы:

1. Установление особого контакта между психотерапевтом и пациентом.
2. Ослабление напряженности на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с психотерапевтом.
3. Расширение репертуара когнитивных схем на основе выявленной индивидуальной психологической защите.
4. Изменение поведения пациента за счет нового эмоционального опыта, полученного в общении с психотерапевтом.
5. Приобретение социальных навыков на модели поведения психотерапевта.
6. Убеждение и внушение, явное или скрытое.
7. Усвоенное или осознанное отношение к новым формам поведения, осуществляемое при эмоциональной поддержке со стороны психотерапевта/медицинского психолога.

АЛГОРИТМ № 1 ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ КРГ I (Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство; F06.6)

МОДУЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Психологическая процедура	Продолжительность	Кратность в течение курса		Подгруппа	
		стационар	амбулаторно	1-я	2-я
Индивидуальная психологическая беседа	20-30 мин	2	6	+	+
Аутотренинг по И. Шульцу	1 этап — 10 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	-
Рационально-эмотивное реконструирование поведения: Стадия выявления ABC Стадия обсуждения ABCD Стадия эффекта ABCDF	60–80 мин	2	6	+	-
Субтренинг когнитивных навыков	30–60 мин	2	6	-	+
Субтренинг социальных навыков	30–60 мин	2	6	-	+
Домашнее задание: индивидуально		3	6	+	+

МОДУЛЬ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ

Психологическая процедура	Продолжительность	Кратность в течение курса		Подгруппа	
		стационар	амбулаторно	1-я	2-я
Групповая психологическая беседа	20–30 мин	1	3	+	+
Медитация-визуализация и обсуждение	1 этап — 10 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	+
Релаксация по Э.Джекобсону	1 этап — до 10 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	+
Т-группа (поддерживающая терапия)	30–60 мин	2	10	–	+
Музыкотерапия и обсуждение	1 этап — до 10 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	+
Арт-терапия	1 этап — до 20 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	+
Рационально-эмотивное реконструирование поведения: Стадия выявления ABC Стадия обсуждения ABCD Стадия эффекта ABCDF	60–80 мин	2	6	+	–

МОДУЛЬ СЕМЕЙНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Психологическая процедура	Продолжительность	Кратность в течение курса	
		стационар	амбулаторно
Индивидуальная психологическая беседа	20–30 мин	2	6
Психологическое образование: Практическое занятие: Т-группа (только родственники пациентов до 10–12 человек)	30–60 мин	2	3
Т-группа (с больными и родственниками 2–4 человека)	30–60 мин	2	2
Психологическое образование: мини-лекция для членов семьи с активной обратной связью	10–20 мин	1	2

АЛГОРИТМ № 2
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ КРГ II
(Тревожное расстройство органической природы; F06.4)

МОДУЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Психологическая процедура	Продолжительность	Кратность в течение курса		Подгруппа	
		стационар	амбулаторно	1-я	2-я
Индивидуальная психологическая беседа	20–30 мин	2	6	+	+
Аутотренинг По И. Шульцу	1 этап — 10 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	+
Когнитивная модификация поведения: Личностно-ориентированный «стрессо-прививочный тренинг»	60–80 мин	4	6	+	–
Субтренинг когнитивной модификации поведения	30–60 мин	3	6	+	+
Субтренинг социальных навыков	30–60 мин	3	6	+	+

МОДУЛЬ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ

Психологическая процедура	Продолжительность	Условия проведения		Подгруппы	
		стационар	амбулаторно	1-я	2-я
Групповая психологическая беседа	20–30 мин	2	6	+	+
Медитация-визуализация и обсуждение	1 этап — 10 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	
Релаксация по Э. Джекобсону	1 этап — до 10 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	
Т-группа (поддерживающая терапия)	30–60 мин	2	10	+	+
Музыкотерапия И обсуждение	1 этап — до 10 мин 2 этап — 20 мин	3	6	+	+
Арт-терапия	1 этап — до 20 мин 2 этап — 20 мин	3	6	+	+
Тренинг когнитивных навыков	30–60 мин	2	4	+	–
Тренинг когнитивных навыков	30–60 мин	2	4	+	–

МОДУЛЬ СЕМЕЙНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Психологическая процедура	Продолжительность	Кратность в течение курса	
		стационар	амбулаторно
Индивидуальная психологическая беседа	20–30 мин	2	6
Психологическое образование: Практическое занятие: Т-группа (только родственники до 10–12 человек)	30–60 мин	2	6
Т-группа (с больными и родственниками 2–4 человека)	30–60 мин	2	6
Психологическое образование: мини-лекция с активной обратной связью	10–20 мин	1	2

АЛГОРИТМ № 3 ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ КРГ III (Депрессивное расстройство органической природы; F06.32)

МОДУЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Психологическая процедура	Продолжительность	Кратность в течение курса		Подгруппы	
		стационар	амбулаторно	1-я	2-я
Индивидуальная психологическая беседа	20–30 мин	2	6	+	+
Аутотренинг по И.Шульцу	1 этап — 10 мин 2 этап — 20 мин	2	6	+	–
Когнитивная терапия по А.Беку, личностно-ориентированная	20–30 мин	4	6	+	+
Субтренинг когнитивных навыков	20–30 мин	3	6	+	+
Субтренинг социальных навыков	20–30 мин	3	6	+	+
Домашнее задание: индивидуально		3	6	+	+

МОДУЛЬ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ

Психологическая процедура	Продолжительность	Кратность в течение курса		Подгруппы	
		стационар	амбулаторно	1-я	2-я
Групповая психологическая беседа	20-30 мин.	2	6	+	+
Медитация-визуализация и обсуждение	1 этап — 10 мин 2-этап — 20 мин.	2	6	+	
Групповой тренинг когнитивных навыков	30–60 мин	2	10	+	–
Групповой тренинг социальных навыков	30–60 мин	2	10	+	+
Т-группа (поддерживающая терапия)	30–60 мин	2	10	+	–
Музыкотерапия и обсуждение	1 этап — до 10 мин 2 этап — 20 мин	3	6	+	+
Арт-терапия	1 этап — до 20 мин 2 этап — 20 мин	3	6	+	+

МОДУЛЬ СЕМЕЙНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Психологическая процедура	Продолжительность	Кратность в течение курса	
		стационар	амбулаторно
Индивидуальная психологическая беседа	20–30 мин	2	6
Психологическое образование: Практическое занятие: Т-группа (только родственники пациентов до 10–12 человек)	30–60 мин	2	6
Т-группа (с больными и родственниками 2–4 человека)	30–60 мин	2	6
Психологическое образование: мини-лекция для пациентов и их родственников с активной обратной связью	10–20 мин	1	2

**КАРТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА
(психологические показатели, отражающие динамику процесса
реабилитации)**

Основные показатели, характеризующие психологическое состояние	До начала реабилитации	После стационарного этапа реабилитации (24–28 сут)	После амбулаторного этапа реабилитации (6 мес.)
Тревога			
Депрессия			
Локус контроля			
Мини-исследование умственных способностей по Фольштейну (MMSE)			
Визуально-моторная координация (ТМТ А)			
Визуально-моторная координация (ТМТ В)			
Качество жизни (КЖ): интегральный показатель			
КЖ: Самооценка физической мобильности			
КЖ: Самооценка эмоционального состояния			
КЖ: Самооценка сексуальных функций			
КЖ: Самооценка социального функционирования			
КЖ: Самооценка когнитивного функционирования			
КЖ: Самооценка экономического положения			