НАРЕДБА № 24 ОТ 7 ЮЛИ 2004 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ПСИХИАТРИЯ"

Издадена от министъра на здравеопазването

*Обн. ДВ. бр.78 от 7 Септември 2004г.***,** *изм. ДВ. бр.69 от 3 Септември 2010г.***,** *изм. ДВ. бр.92 от 23 Ноември 2010г.***,** *изм. ДВ. бр.49 от 29 Юни 2012г.***,** *изм. и доп. ДВ. бр.37 от 17 Май 2016г.***,** *изм. ДВ. бр.63 от 30 Юли 2021г.***, *отм. ДВ. бр.111 от 18 Декември 2025г.***

Отменена с § 4 от преходните и заключителните разпоредби на Наредба № Н-8 от 5 декември 2025 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Психиатрия" - ДВ, бр. 111 от 18 декември 2025 г., в сила от 22.12.2025 г.

Член единствен. (1) С тази наредба се утвърждава медицински стандарт "Психиатрия" съгласно приложението.

(2) Дейностите по психиатрия се осъществяват при спазване на стандарта по ал. 1.

Заключителни разпоредби

Параграф единствен. Тази наредба се издава на основание чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения.

НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 24 ОТ 7 ЮЛИ 2004 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ПСИХИАТРИЯ"

(ОБН. - ДВ, БР. 69 ОТ 2010 Г., В СИЛА ОТ 03.09.2010 Г.)

7. Навсякъде в текста на приложението думите "диспансери", "диспансера" и "психиатрични диспансери" се заменят съответно с "центрове за психично здраве", "центъра за психично здраве" и "центрове за психично здраве".

Заключителни разпоредби
КЪМ НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 24 ОТ 7 ЮЛИ 2004 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ПСИХИАТРИЯ"

(ОБН. - ДВ, БР. 69 ОТ 2010 Г., В СИЛА ОТ 03.09.2010 Г.)

§ 2. Наредбата влиза в сила от деня на обнародването ѝ в "Държавен вестник".

Преходни разпоредби
КЪМ НАРЕДБА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 24 ОТ 2004 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ПСИХИАТРИЯ"

(ОБН. - ДВ, БР. 49 ОТ 2012 Г.)

§ 2. Осъществяваните към влизането в сила на тази наредба субституиращи и поддържащи програми, получили разрешения по реда на Наредба № 24 от 2000 г. за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества (обн., ДВ, бр. 91 от 2000 г.; изм., бр. 70 от 2007 г.), се привеждат в съответствие с изискванията на тази наредба в шестмесечен срок от влизането й в сила.

Приложение към член единствен, ал. 1

(Изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 92 от 2010 г., изм. - ДВ, бр. 49 от 2012 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 37 от 2016 г., изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.)

Медицински стандарт по психиатрия

I. Принципи на лечението и обслужването на лица с психични разстройства.

1. Минимално ограничаване на личната свобода и зачитане правата на пациента.

2. Намаляване на институционалната зависимост на лицата с психични разстройства.

3. Интегрираност и равнопоставеност на психиатричната помощ с останалите медицински направления.

4. Спазване на хуманитарните принципи и норми при осъществяване на лечебния процес и социална адаптация.

5. Стимулиране на самопомощта и осигуряване на активна професионална подкрепа на лица с психични разстройства.

II. Определение на специалността психиатрия.

Специалността психиатрия обхваща знания, нагласи и умения за: разпознаване, неоперативно лечение, профилактика, рехабилитация и експертиза на мозъчноорганични, ендогенни, личностово обусловени, невротични и ситуативно-реактивни заболявания или разстройства, зависимости към психоактивни вещества и техните социални и психосоматични аспекти, с използването на соматотерапевтични, социотерапевтични и психотерапевтични методи.

Специалността психиатрия е условие за квалифицирането на специалиста в другите профилни специалности.

III. (Загл. изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) Психиатрично обслужване в лечебни заведения за извънболнична помощ и центрове за психично здраве.

Обслужването при извънболнични условия се осъществява със или без диспансеризиране.

За неговата ефективност е необходимо наличието на един психиатър на около 20 000 души население.

А. Лечебни заведения за извънболнична помощ

Извънболничното психиатрично обслужване на пациента се осъществява в амбулатория за първична медицинска помощ и амбулатория за специализирана медицинска помощ, в които лекари със или без помощта на друг персонал диагностицират, лекуват и периодично наблюдават болни с психични разстройства при спазване на правилата на добрата лекарска практика, както и правата на пациентите според нормативните актове и международните конвенции.

1. Амбулатория за първична медицинска помощ. Общопрактикуващият лекар извършва:

а) първична диагностика на психичните разстройства;

б) насочване на пациента към специалист по психиатрия;

в) овладяване на спешни състояния;

г) провеждане на терапия, определена от специалиста-психиатър.

2. Амбулатория за специализирана медицинска помощ. Специалистът по психиатрия работи по следните направления:

а) диагностициране с клинично изследване и други видове оценка на случая, с формулировка по случая и индивидуален план за лечение и грижи;

б) лекуване на лицата с показания за психиатрично обслужване с осъществяване на следните дейности:

- водене на случая;
- противорецидивно и поддържащо лечение;
- психосоциална рехабилитация;
- експертна оценка;

в) осъществяване на диагностика, лечение и рехабилитация на болните с остри и хронични психични заболявания и такива с тежка психосоциална дисфункция;

г) осъществяване на задължителна диспансеризация на пациенти с рисково поведение със съответно решение на съда; за тези пациенти се изгражда специален регистър към районните центрове по здравеопазване (РЦЗ) и определените от МЗ диспансеризиращи лечебни заведения;

д) провеждане на здравнопросветна дейност сред населението по въпросите на рисковите фактори и здравословния начин на живот и поведение, както и психогенна и психопрофилактична дейност.

Б. (Изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) Център за психично здраве

1. Центърът за психично здраве е лечебно заведение, в което лекари с помощта на друг персонал извършват следните дейности:

1.1. спешна психиатрична помощ;

1.2. диагностика и лечение на лица с психични разстройства;

1.3. периодично наблюдение и консултации на лица с психични разстройства и домашен патронаж;

1.4. психотерапия и психосоциална рехабилитация;

1.5. психиатрична и психологична експертна дейност;

1.6. създаване и поддържане на регионална информационна система на лица с психични разстройства за нуждите на регистъра по чл. 147а, ал. 1 от Закона за здравето;

1.7. промоция, превенция и подобряване психичното здраве на населението;

1.8. информиране на обществеността по проблемите на психичното здраве;

1.9. научноизследователска дейност в областта на психичното здраве;

1.10. (нова - ДВ, бр. 37 от 2016 г.) клинични изпитвания на лекарствени продукти.

2. Лечебната дейност в центъра за психично здраве се ръководи от лекар с призната специалност по психиатрия и с квалификация по здравен мениджмънт.

3. (доп. - ДВ, бр. 37 от 2016 г.) Центърът за психично здраве се състои от следните звена и отделения: приемно-диагностични; за спешна и мобилна психиатрична помощ; за активно лечение на лица с тежки психични разстройства, които могат да са специализирани по пол, възраст, профил на заболяването или друг признак; рехабилитационни и ресоциализационни, включително за трудова терапия.

4. Към центъра за психично здраве могат да се откриват легла за диагностичен и лечебен престой.

5. Устройството, дейността и вътрешният ред на центъра за психично здраве се уреждат с правилник, утвърден от неговия ръководител.

В. Организация на диспансерната дейност

На диспансерно наблюдение и лечение подлежат лица със следните заболявания:

На лица до 18-годишна възраст:

- генерализирано (първазивно) разстройство на развитието - ранен детски аутизъм, атипичен аутизъм, синдром на Asperger, синдром на Rett, дезинтегративно разстройство в детството;
- изоставане в невро-психичното развитие.

На лица над 18-годишна възраст:

- шизофрения;
- афективни разстройства;
- психоорганични състояния, вкл. епилепсия с психиатрични проблеми;
- личностови разстройства с чести декомпенсации;
- алкохолна и други зависимости;
- обесивно-компулсивно разстройство;
- тревожни и други невротични състояния, водещи до трайна нетрудоспособност и социална дезадаптация;
- изоставане в умственото развитие.

Показанията, срокът на наблюдение, интензивността на контактите и необходимите консултации са уточнени в протокола на съответната програма, която лечебното заведение разработва и прилага.

Извън периода на активно болнично или извънболнично лечение (т.е. извън епизод на обслужване) се прилагат програми, поддържащи трайна връзка с пациента:

- програма за поддържащо лечение при шизофрения;
- програма за обучение в социални умения;
- програма за социална защита;
- програма за семейно консултиране;
- програма за противорецидивно лечение при афективни разстройства;
- програма за медицински и психосоциални грижи при психоорганични състояния (болест на Алцхаймер, мозъчно-съдова болест, епилепсия, алкохолизъм, изоставане в умственото развитие и други);
- модул за надомни грижи.

Г. Извънболничното психиатрично обслужване се осъществява:

1. Само в регламентираните от нормативната база условия.

2. При спазване на етичните критерии, отразени в програмите за обслужване в този стандарт и етичните кодекси на професионалните организации на психиатрите.

3. Със задължителна двустранна размяна на информация между лечебните заведения.

Д. Рехабилитация

1. Дефиниция: Възвръщане на способностите, които психичната болест е променила в някаква степен. Рехабилитацията е многостепенен, разностранен, сложен и продължителен процес на оздравяване, на психично, соматично и социално уравновесяване на боледуващата личност със заобикалящото я всекидневие, на реинтеграция на разстроените психични функции, на саниране на средата в нейните разновидности. Като цялостна биопсихосоциална система рехабилитацията със своите методи и техники се опира преди всичко на личността на болния и възстановява нарушеното от болестта биологично, психично и социално функциониране на човека.

2. Основна цел на рехабилитацията при психично болните е обучението на болния в социални и професионални умения с възможност за социална реинтеграция за повишаване качеството на живот и пълноценно използване на свободното време.

Рехабилитацията на психично болните започва още с приемането им в лечебното заведение. Фактори, обуславящи етапите на рехабилитация при всеки конкретен случай, са естеството на болестта, стадият на болестта, възрастта на болния, динамиката на болестта, видът на провежданото лечение.

3. Основна единица е рехабилитационна група от психично болни хора. Оптималният брой на болни в групата е 20 - 25 души.

4. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) Екипи, реализиращи трудовата рехабилитация:

Наименование на длъжността
Координатор на дейността "трудова рехабилита-ция" - един за всички дейности
Трудов рехабилитатор / (Рехабилитатор трудова терапия)/(социален рехабилитатор) - по един на всяка група
Медицински специалисти: лекар Други медицински специалисти - един за всички дейности
Психолог
Социален работник

За осъществяване на трудовата рехабилитация на психично болни хора е необходимо обособяване на звена за трудова рехабилитация в рамките на психиатрични болници и центрове за психично здраве или като обособени звена.

5. Етапи на рехабилитацията:

5.1. Болничен: лечебно-възстановителен.

5.2. Преходен: болнично-домашен.

5.3. Етап на социално вграждане.

6. Видове рехабилитация:

а) във времеви аспект - ранна и късна; краткотрайна и продължителна;

б) в ситуативен аспект - болнична и извънболнична;

в) според прилаганите методи и техники:

- трудова терапия;
- занимателна терапия;
- кинезитерапия;
- музикотерапия;
- арт терапия;
- обучение в социални умения и професионална преквалификация.

7. Организация на трудовата рехабилитация.

7.1. Видът, размерът и специализацията на групите за трудова рехабилитация се определят съобразно лечебните и рехабилитационните задачи, здравословното състояние и възможностите на обслужваните лица и в зависимост от конкретните природни и икономически условия.

7.2. Трудовата рехабилитация се развива в следните направления:

а) производство и обособени части от него;

б) занаятчийски и промишлени производства;

в) услуги и други дейности.

7.2.1. Координаторът на дейностите може да се договаря с трети лица за извършване на съвместни производства и услуги при спазване на съответните нормативни изисквания чрез ръководните органи на лечебните заведения.

7.2.2. Групите за трудова рехабилитация осъществяват своята дейност при спазване изискванията на действащите нормативни актове в страната. Ръководителите на групите за трудова рехабилитация осигуряват условия и осъществяват контрол за спазване на правилата, нормите и изискванията по безопасността и хигиената на труда.

7.2.3. Произведената продукция се използва за задоволяване нуждите на групите, лечебното заведение или да се реализира на пазара.

7.3. Работните процеси в групите за трудова рехабилитация се извършват с участието на:

а) хора с психични заболявания, съобразно предписаната трудотерапия и личните им предпочитания; болните участват по тяхно съгласие, а ако са недееспособни - със съгласието на техните настойници или попечители;

б) персонала, участващ в провеждането на трудотерапията;

в) специалисти и работници по договор;

г) съответните лечебни заведения.

7.4. Цялостното ръководство и контролът на трудотерапевтичната и производствената дейност на групите се осъществяват от ръководителя на съответното лечебното заведение.

IV. Психиатрично обслужване на пациент в лечебно заведение за болнична помощ

А. Психиатрично отделение/клиника (Загл. изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.)

Основна структурна единица в лечебно заведение за болнична психиатрична помощ с капацитет 10 - 40 легла.

1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Видове психиатрични отделения/клиники:

а) на възрастов принцип: детско, за юноши, възрастни и гериатрично;

б) на диагностичен принцип: обща психиатрия, зависимости, съдебно-експертно психиатрично отделение;

в) на основание на режим на достъп: затворено, отворено, полузатворено;

г) на основание на степента на зависимост от грижи:

- с повишена сигурност;
- с висока степен на зависимост от грижи;
- със средна степен на зависимост от грижи;
- с ниска степен на зависимост от грижи.

1.1. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) Пространствена структура и осигуреност:

а) стаи с легла;

б) лекарски кабинети;

в) манипулационни зали;

г) помощни помещения (отговарящи на нормативните изисквания);

д) дневна, оборудвана с най-необходимото (телевизор, игри, пособия за рисуване и моделиране) за групови занимания;

е) зала за колегиуми и екипни съвещания;

ж) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) пространствени и функционални възможности за осигуряване на повишена сигурност.

1.2. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Пространствени и функционални възможности на отделението/клиниката:

1.2.1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) За осигуряване на повишена сигурност:

а) осигурява се повишен надзор и грижи при болни с риск от агресивно, автоагресивно или непредсказуемо поведение или с коморбидност между телесна и психиатрична патология;

б) присъствието на санитар при всички процедури (напр. даване на лекарства) е задължително;

в) осигуреност с възможности за визуално наблюдение на пациентите - непосредствено или с дистанционни средства;

г) минимум две медицински сестри и двама санитари на смяна.

1.2.2. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г., изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г., изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) Други функционални и пространствени възможности:

В психиатричното отделение/клиника според степента на зависимост на пациентите от грижи се осигуряват дейности за:

- пациенти с висока степен на зависимост от грижи;
- пациенти със средна степен на зависимост от грижи;
- пациенти с ниска степен на зависимост от грижи.

Не е задължително едновременното осигуряване на дейности и за трите степени на зависимост от грижи.

Броят и видът на дейностите, броят на леглата и на помещенията за тях се определят от правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на съответното лечебно заведение:

а) Всяко легло за пациенти с висока степен на зависимост от грижи се осигурява със:

• сестрински грижи минимум по 3 часа, разпределени за цялото денонощие;
• психиатрична, общомедицинска помощ и лабораторни изследвания;
• консултативна помощ.

б) Всяко легло за пациенти със средна степен на зависимост от грижи се осигурява със:

• сестрински грижи минимум по един час дневно;

• общомедицинска помощ и лабораторни изследвания по предварително изготвен план;

• една индивидуална интервенция с психологични средства седмично.

в) Всяко легло за пациенти с ниска степен на зависимост от грижи се осигурява със:

• сестрински грижи минимум по един час седмично;

• общомедицинска помощ и лабораторни изследвания по предварително изготвен план;

• една индивидуална интервенция с психологични средства месечно.

г) Натовареността на сестринския труд се определя не само от степента на зависимост от грижи, но и според:

• интензивното наблюдение в рамките на дейностите по осигуряване на повишена сигурност при 7 часа на пациент на денонощие;

• изискването за 24-часов непрекъснат график.

(изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) Броят на медицинските сестри се определя от броя на леглата в отделението/клиниката и обема на дейностите;

2. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Организация на дейностите в отделението/клиниката - според програмния принцип и е структурирана в процедури.

2.1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Клиничен профил на отделението/клиниката.

2.1.1. Лекуват се пациенти със:

а) остри психози;

б) афективни разстройства;

в) терапевтично резистентни афективни разстройства;

г) психотични екзацербации и психосоциален срив при шизофренни разстройства;

д) терапевтично резистентна шизофрения;

е) налудни разстройства;

ж) психотични и поведенчески симптоми при деменции и други психоорганични синдроми, включително епилепсия;

з) кризи, чието разрешаване налага временна изолация;

и) остри стресови и посттравматично стресово разстройство;

й) абнормно поведение на боледуване:

- соматизиращи пациенти;

- хипохондрични пациенти;

- пациенти с Его-дистонни сексуални дисфункции;

- пациенти с личностови разстройства (без антисоциално);

к) абстинентни синдроми при зависимости (при съответни изключващи критерии, описани в протоколите);

л) коморбидност на психични разстройства и телесни заболявания, налагащи изследвания, консултации и динамично наблюдение и/или активно лечение.

2.1.2. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г., изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Освен активно лечение в отделението/клиниката се поставя началото на ресоциализация и противорецидивна профилактика с осигуряване на континюитет в продължаването им при насочване към лечебни заведения за извънболнична помощ и центрове за психично здраве.

2.2. Процедура по приемане на пациент.

Приемането се осъществява от лекар-психиатър. Неговите задължения са:

а) разглеждане на заявката за приемане; при планово приемане се осъществява контакт и диалог с източника на заявката: пациент, негови близки, ОПЛ, насочваща психиатрична служба или лекар-психиатър, амбулаторен психиатричен кабинет на МБАЛ, съответните органи на съдебното и досъдебното производство; в този диалог се уточняват необходимата базисна клинична информация, психо-социални обстоятелства, историята на лечението до момента и мотивацията за заявката;

б) ориентация за съответствие на клиничното състояние на профила на отделението, респ. за наличието на лечебна програма за това състояние;

в) преценка за налични свободни легла, при спешност - за възможност за приемане веднага;

г) оценка на съотношението риск от неприемане/нарушаване на терапевтичната среда при пълна заетост;

д) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) представяне на заявката на екипа на отделението/клиниката; решението за приемане се взима от приемащия лекар след консултиране с началник на отделението/клиниката, а в случаи на спешност - съгласно правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение;

е) осигуряване на информирано съгласие за хоспитализация и гарантиране на спазването на международно утвърдените стандарти и законовите изисквания при недоброволно приемане;

ж) указания на старшата сестра и екипа по настаняването в конкретна стая, проверка на багажа и смяната на облеклото; при необходимост от непрекъснат надзор или при висок риск от агресия пациентът се настанява в специално предназначената за тези цели стая;

з) първоначална оценка на състоянието на пациента и регистрирането й в документацията според протоколите за оценка;

и) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) документацията се оформя според изискванията на стандартизираната документация, като при първоначалната оценка следва задължително да съдържа: начин на постъпване (особено подробно се описва недоброволното постъпване, като се прилагат всички юридически документи: преписки, постановления, писма), психичен статус с извадки от пряка реч на пациента, неврологичен статус, телесен статус, психиатричен синдром, диагноза по МКБ-10, диагностичен и лечебен план, режим и надзори; лице с психично разстройство става пациент на отделението/клиниката след извършването на първоначалната оценка и завеждането на документацията;

й) представяне на първоначалната оценка и лечебния план на екипно обсъждане, обичайно в деня след приемането; при достатъчна информация се представя формулировка на случая, в противен случай тя се прави на по-късен етап от обслужването; на екипното обсъждане се определя лекуващ лекар, който може да е приемащият с цел осигуряване на континюитет, а при наличие на основания срещу това може да бъде и друг лекар;

к) водене на екипа при справяне с възбуда при постъпване.

2.2.1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Указания за добра практика: намаляване на тревожността и шока от попадане в затворено психиатрично отделение/клиника; предоставяне на информация за прогнозата за очакван престой и изход от лекуването, за основанията за недоброволно приемане и за правата на пациента според Хартата за правата на хоспитализираните психиатрични пациенти на Световната психиатрична

асоциация; предпазливо медициране или изчакване при съмнение за прага на реактивност, за интоксикация или за индуцирано от психоактивни вещества психично разстройство.

2.3. Протоколи за оценка на състоянието на пациента.

2.3.1. Първоначален преглед.

2.3.1.1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Целта на първоначалния преглед в отделението/клиниката е:

а) да се събере информация от всички сфери на психопатологията и на функционирането и да идентифицира онези области, в които събирането на информация следва насочено да продължи и след прегледа;

б) да се предостави информация за предстоящите процедури по време на престоя и разяснение на очакваното лечение;

в) да се снижи тревожността от приемането и да постави начало на терапевтична връзка;

г) да се планират изследвания и интервенции;

д) да се уточни режимът и специализираните надзори.

2.3.1.2. Процедура: провежда се в кабинет, при гарантирано време и пространство, осигуряващо уединеност; при риск от агресия прегледът се провежда задължително в присъствие на санитар или на друг член от персонала; интервюиращите техники са полуструктурирани, т.е. следват предварително зададени тематични области, но начинът на задаване на въпроси е свободен; структурирани оценки с апробиран инструментариум, където са приложими, се правят едва след първоначалното интервю; лекарят, провел първоначалното интервю, поема случая и действа като лекуващ лекар до представяне на случая на екипно обсъждане;

2.3.1.3. Указания за добра практика: при прегледа се използват техники за насърчаване; започва се с отворени въпроси с постепенен преход към затворени във втората част на интервюто; обръщенията са съответни на културовата среда, възрастта и социалния статус на пациента; отчита се мотриката и невербалната комуникация.

2.3.2. Първоначална оценка.

Процедура за събиране, подредба по сфери и анализиране на възможно най-изчерпателна информация относно пациента и актуалното му състояние:

а) включва първоначалния преглед, но не се изчерпва с него; информацията за всеки отделен случай се събира в три големи области: биологична, психологична и социална.

б) изисква запознаване с наличната документация и стъпки за осигуряването на такава, където се налага, срещи с близки, с предишни лекуващи, планиране и провеждане на необходимите изследвания: лабораторни, инструментални, психологични; в първоначалната оценка влизат задължително телесният и неврологичният преглед и отразяването им в историята на заболяването (ИЗ);

в) отделен и специфичен компонент на първоначалната оценка е интервюто с близък; то е с различна цел и технология на провеждането от първоначалното интервю, въпреки че са налице редица общи за интервюирането елементи; отчитат се по-специално: възможността за пристрастие в информацията, тревожността на близкия, специфичният характер на връзката му с пациента, етични проблеми като лоялност и конфиденциалност, нетерапевтични заявки, евентуални материални изгоди; крайната цел във всички случаи на интервю с близък е терапевтичната полза за пациента и въвличането на близкия, където е възможно, в лечебния план;

г) документалното отразяване на първоначалната оценка се реализира чрез подробно отразяване в ИЗ и в стандартизираната документация на: начин на постъпване в службата, анамнезата на актуалното състояние, историята на боледуване, личното развитие със задължително отразяване на ранното развитие, социалната ситуация, съпътстващите заболявания и инвалидност, подробен психиатричен статус с извадки от пряката реч на болния, соматичен статус, неврологичен статус, обобщение на случая с интерпретация в терминология и синдромна оценка според МКБ-10, диагностичен и лечебен план, режим и надзори, както и формулировка на случая, ако е възможна на този етап;

д) първоначалната оценка се докладва на екипното обсъждане обикновено в деня след приемането, на което тя се коментира, приема, отхвърля или допълва и се определя лекуващ лекар - обикновено същия, който е извършил оценката, или друг при основания за това; лекуващият лекар е един за пациента за целия период на обслужване.

2.3.3. Оценка на суициден риск.

2.3.3.1. Тази оценка е задължителна за всеки новопостъпил. Отчита се не като категориална величина (липсва - налице), а като дименсия с количествени преходи и степени на изразеност. Изразява се като предиктивна оценка, т.е. опит за прогноза относно вероятността от суицидни мисли, планове, подготовка, опити или импулси. В оценката за суициден риск се включва и по-общото себеувреждащо измерение с пасивна себеувреда и самонаранявания (автомутилации) без непосредствено летален план или последици. Оценката отчита интензивност и характеристика на:

а) психопатология: императивни халюцинации, умерена и тежка депресия, налудности за вина, налудонастроение, витален страх, команден автоматизъм и др. с известна висока предиктивна стойност по отношение на суицидния риск;

б) възраст и пол;

в) алкохолна злоупотреба и/или зависимост;

г) самотност/наличие на здрави семейни или други връзки;

д) телесно здраве, особено тежки, хронични, изтощаващи или злокачествени заболявания;

е) материално положение (бедност);

ж) социална ситуация;

з) загуба на близък;

и) личностова структура;

й) фаза от развитието по Erickson и удовлетвореност/степен на себереализация;

к) минали опити или идеи за самоубийство;

л) мисли за смъртта (вкл. сънища);

м) степен на споделеност (хрумване, импулс, идея, "философия", решение, план, подготовка, завещания).

2.3.3.2. Оценката на суицидния риск се документира в ИЗ, сестрински рапорти, табло за интензивно наблюдение и надзори, температурен лист. Веднъж отчетен, суицидният риск се мониторира през целия период на обслужване, като проследяването също се документира. По структуриран начин суицидният риск се отчита по десетстепенна скала.

2.3.4. Оценка на агресивност.

2.3.4.1. Оценка за агресивност се прави на всеки новопостъпил. Отчита се не като категориална величина (липсва - налице), а като дименсия с количествени преходи и степени на изразеност. Изразява се като актуална и като предиктивна оценка. Отчита се:

а) степен на сътрудничество на пациента;

б) начин на постъпване: доброволно/недоброволно ("неформална" принуда);

в) психопатология: персекуторни налудности, коментиращи или заплашващи халюцинации, налудонастроение и витален страх, остър психоорганичен синдром, "катастрофални" преживявания и други с известна висока предиктивна стойност по отношение на агресия;

г) минали агресивни актове;

д) алкохолна интоксикация или злоупотреба/зависимост;

е) възраст и пол;

ж) социална ситуация;

з) личностова структура, особено данни за антисоциално личностово разстройство;

отчитат се също:

и) вербална агресия;

й) физическа агресия към неодушевени предмети;

к) агресия към хора при минимално провокиране;

л) агресия към хора без провокиране;

м) хомициден план или риск;

н) степен на организираност/неорганизираност на агресията;

о) степен на подготовка и обмисляне/импулсивност;

п) целенасоченост/безогледност на агресията;

р) достъп до неодушевени предмети, които могат да бъдат опасни;

с) всички гореизброени аспекти на агресията при минали епизоди на агресия.

2.3.4.2. Оценката на агресивността се документира в ИЗ, сестрински рапорти, табло за интензивно наблюдение и надзори, температурен лист. Веднъж отчетена, агресивността се мониторира през целия период на обслужване, като проследяването също се документира. По структуриран начин агресивността се оценява с Modified Overt Agression Scale (MOAS).

2.3.4.3. Агресивността се отчита винаги успоредно и с отчитане на суициден риск, респ. на автоагресивността, която е част от едно по-общо концептуално измерение на агресията изобщо, съответстващо на клиничната реалност за нерядко алтерниране на агресията към други в агресия към себе си и обратно, особено при флоридни психотични картини.

2.3.5. Интервю за проследяване.

2.3.5.1. Цел на интервюто за проследяване е проверка на първоначалната хипотеза, диагноза и цялостна оценка, нейното допълване, коригиране или проследяване, както и отчитане на резултатите от назначените допълнителни изследвания и ефекта от назначеното лечение, надзори и грижи. То е задължителен елемент от оценката на протичането. Интервюто за проследяване се провежда поне два пъти седмично в среда, съответна на условията за психиатрично интервю изобщо. Провежда се по полуструктуриран начин, с преход от отворени към затворени въпроси, като задължителни теми са:

а) психопатологията от първоначалната оценка;

б) странични действия на лекарства;

в) сътрудничество за лечение;

г) прогноза, вкл. очакван срок на престой, режими, лечение извън службата;

д) търсене на обща формулировка върху "смисъла" на болестните преживявания, т.е. върху ролята, която им се приписва в биографията на пациента и в бъдещия му живот.

2.3.5.2. Интервюто за проследяване се документира сбито в ИЗ. Елементи от интервюто са част от ежедневния преглед за проследяване (визитация), който осигурява непрекъснат мониторинг на състоянието на пациента и ефекта от лечението, като дава възможност за бързо, адекватно на динамиката на състоянието реагиране. След всяка визитация се сверяват изведените от сестрите в температурните листи, сестринските рапорти, ИЗ и табелите в манипулационните назначения, режими и искани изследвания и консултации.

2.3.6. Оценка на протичане - основен инструмент за проследяване и ефективно помагане на пациента.

2.3.6.1. Програмите от грижи, респ. терапевтичните интервенции се планират, оценяват от гледна точка на ефективността и видоизменят в динамика в зависимост от оценката на протичане. По същество оценката на протичане е интегративен инструмент, изискващ отчитането, анализа и обобщаването на данни от различни сфери.

2.3.6.2. Тази оценка се прави задължително веднъж седмично, като се отразява в ИЗ, както и при екипно обсъждане или при разглеждане на случая на клинично обсъждане. При необходимост се използват структурирани скали за оценка. Задължителни елементи в оценката на протичане са:

а) съпоставяне на сегашното състояние с първоначалната оценка;

б) отчитане на страничните действия от психофармакотерапията;

в) отчитане на ефективността от назначеното лечение;

г) отчитане на степента на критичност и сътрудничеството на пациента;

д) отчитане на участието на близките в процеса на помагане;

е) отчитане на допълнителни данни, неизвестни при първоначалната оценка, и ролята им за потвърждаване/отхвърляне на първоначалната хипотеза и стратегия за поведение;

ж) планиране/продължаване или видоизменяне на лечението, режимите, надзорите, изследванията или договорността за обслужване.

3. Програми от грижи.

3.1. Същност - програмите от грижи представляват структурирани, дискретни (във време, единици активност и обект на приложение) и подчинени на общ организиращ принцип разнородни дейности, целящи помагане на лицата, идентифицирани като пациенти на службата. Те са насочени към:

а) групи със сходен синдромен профил, някои представляващи хетерогенни като етиология съвкупности (напр. остра психоза, депресия);

б) към групи разстройства, които са синдромно различни, но нозологично сходни (напр. групата на шизофрениите);

в) клинично нееднородни популации със сходно поведение на боледуване (напр. хипохондризация);

г) клинично нееднородни популации, получаващи сходно лечение (напр. електроконвулсивна терапия).

3.2. Програма за лечение на остри психотични разстройства.

С "остри психотични разстройства" в този стандарт се означават състоянията, отговарящи на критериите на F23,F24, както и някои от F20x1, F20x2, F20x3, F20x5, F1x5, F25, F31.2 и F32.3 от Международната класификация на болестите, 10-а ревизия (МКБ-10).

3.2.1. При остри психози се прилагат:

а) заглушаващо невролептично лечение, съобразено с първоначалната оценка и оценката за проследяване (която се прави ежедневно и при голяма динамика и необходимост - през часове, денонощно) надзори и мониториране на дозата, психопатологията, поведението, витални функции и ефективност на грижите;

б) затворен режим и денонощно наблюдение през първите седем дни, при необходимост - и след това;

в) при съмнение за органично съучастие или за провокирано от психоактивни вещества остро психотично състояние - без активно лечение в първите 1 - 3 денонощия, общи грижи, интензивни изследвания, общи дезинтоксикиращи мерки и при нужда бензодиазепини;

г) овладяване на възбуда: задължително от четирима души от персонала (всеки насочен към отделен крайник); при необходимост - имобилизация по назначение на лекар, мониторирана на всеки 30 минути по отношение на: (а) безопасност и степен на затегнатост на имобилизиращите колани, (б) степен на седация, (в) тазови резервоари и витални функции, (г) странични ефекти от лечението; имобилизацията задължително се документира и се прилага съобразно протоколите за имобилизация в службите;

д) антипсихотично лечение;

е) непрекъснат надзор; осъществява се пряко или дистантно с видеокамера, изисква наситеност със сестрински персонал, като всяка промяна се документира и е в основата на оценката за проследяване; включва задължително проследяване и евентуално коригиране на направените първоначално оценка за суициден риск и оценка за агресивност;

ж) при пациенти със ступор непрекъснатият надзор и общите грижи са денонощни, с приоритет на проследяване на виталните функции и текуща преоценка за необходимостта от електроконвулсивно лечение при витални показания; особен акцент се поставя на следенето на температура, тазови резервоари, параклиника, както и на вероятността за рязко алтерниране във възбуда;

з) във фазата на стабилизация интензивното наблюдение отпада, като приоритетът в грижите е върху получаване на обратна информация на поведението и съобразяване с реалността, социална реадаптация с когнитивна корекция при освобождаване на режим с постепенни преходи, с персонал, с други придружители, напълно свободен в района на болницата и къси домашни отпуски в края на седмицата с близките.

3.2.2. Указания за добра практика: при остри психози първата грижа е безопасността за пациента и околните, справяне с агресия, възбуди и непредвидимо поведение по нетравмиращ начин в защитена среда, оптимално съотношение на цена/полза от лечението с особен акцент върху спектъра от странични действия на медикаментите и осигуряване на сътрудничество.

3.3. Програма за лечение на депресивни разстройства.

Като "депресивни разстройства" се означават състоянията, отговарящи на критериите на категории F32, F33 и някои от F34, F38, F39 по МКБ-10.

Основното лечение е по правила, съобразени с препоръките на консенсусните становища на специалистите-психиатри.

3.4. Програма за лечение на манийни разстройства.

Като "манийни разстройства" се означават състоянията, отговарящи на критериите на категории F30 и F31 от МКБ-10.

Основното лечение е по правила, съобразени с препоръките на консенсусните становища на специалистите-психиатри.

3.5. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Програма за лечение на психотична екзацербация и на психо-социален срив при шизофренни разстройства.

Като "шизофрения" или "шизофренни разстройства" тук се означават състояния, отговарящи на критериите на категории F20 от МКБ-10.

Специален аспект на обслужването в отделението/клиниката е терапевтичната резистентност.

Основното лечение е по правила, съобразени с препоръките на консенсусните становища на специалистите-психиатри.

3.6. Програма за лечение на налудни разстройства.

Като "налудни разстройства" тук се означават състоянията, отговарящи на критериите на категории F06.2 и F22 от МКБ-10. За вътреболнично лечение в отделение към многопрофилна болница задачите по обслужването са сходни с тези при параноидна форма на шизофрения.

Основното лечение е по правила, съобразени с препоръките на консенсусните становища на специалистите-психиатри.

3.7. Програма за лечение на поведенчески и психотични симптоми при деменция.

Като "деменция" се означават състоянията, отговарящи на критериите на категории F00-F03 от МКБ-10.

Основното лечение е по правила, съобразени с препоръките на консенсусните становища на специалистите-психиатри.

3.8. Протокол за електроконвулсивно лечение.

Електроконвулсивна терапия (ЕКТ) се провежда при ограничени показания, щателна преценка на евентуалните противопоказания и алтернативите за лечение, респ. рисковете при неприлагането й, с документирано съгласие на пациента или при невъзможност - на близките или законовия му представител, със задължително прилагане на обща анестезия и миорелаксация и по технологично най-добрия с оглед на известното до момента и безопасен начин.

3.8.1. Показанията за ЕКТ са:

а) фебрилна кататония;

б) депресивен ступор;

в) тежък депресивен синдром с неповлияемост от психофармакологични средства или нисък праг на поносимост спрямо тях;

г) флоридни кататонни или кататонно-афективни състояния с неповлияемост от психофармакологични средства или нисък праг на поносимост спрямо тях;

д) други тежки психотични или афективни състояния, усложнени със съпътстваща патология или нисък праг на поносимост, които правят невъзможно психофармакологичното лечение, при условие че моторно-нагонната и афективната компонента доминират над идеаторната в клиничната картина;

е) висока опасност от суицид;

ж) отказ от храна по психотични мотиви;

з) бременност при противопоказания за други видове терапия.

3.8.2. Витални индикации за ЕКТ са:

а) вегетативен срив с трескавост и невъзможност за овладяване с фармакологични средства; и

б) задръжка на тазовите резервоари, параклинична патология и неблагоприятна динамика на симптомите от кататонния регистър при кое да е от описаните състояния.

3.8.3. Необходими изследвания:

а) параклиничен минимум;

б) очни дъна;

в) консултация с интернист;

г) консултация с анестезиолог-реаниматор.

3.8.4. Противопоказанията за ЕКТ се преценяват от психиатричния екип при налични щателни медицински консултации и изследвания, т.е. окончателното становище за ЕКТ е психиатрична преценка, а не заключение на консултанта. Противопоказанията се отчитат комплексно с отчитането на показанията, ефекта от лечението и цялостната оценка на случая, при съпоставка на очаквани ползи/рискове. Абсолютни противопоказания са:

а) пресен коронарен инцидент;

б) пресен мозъчносъдов инцидент;

в) пространствозаемащ процес в черепната кухина;

г) доказана съдова аневризма на магистрален съд.

3.8.5. ЕКТ се провежда:

а) задължително с прилагането на обща анестезия от квалифициран специалист анестезиолог-реаниматор, осигурен кислород, техника и условия за обща анестезия, както са описани в "Национален стандарт по анестезия и интензивно лечение";

б) задължително с прилагането на мускулна релаксация;

в) с апарат с възможности за контролиране на параметрите;

г) с билатерално (фронто-темпорално), което е най-честото, или с унилатерално (при специални показания и съображения за когнитивно щадене) поставяне на електродите при добър контакт с тъканта, улеснен от лубрикатори (при необходимост: предварително измиване или подстригване);

д) с най-ниските ефикасни (водещи до гърч с разгърнати фази и с умерено атенюиране) параметри, чиито стойности се определят "титриращо", според ефекта от предшестващата ЕКТ процедура и според средните за популацията, пола, възрастта, съпътстващото лечение, отговора на предишно ЕКТ лечение и индвидуалните фактори, имащи отношение към гърчовия праг.

3.8.6. Мониторираните параметри, чиято най-ниска ефикасна стойност се "титрира", са:

а) време на пулса в msec;

б) сила на тока в mA;

в) честота в Hz;

г) време на цялото протичане на стимулацията в sec;

д) отчитат се още: динамично и статично съпротивление и общото количество енергия, преминала през черепната кухина на пациента (charge);

е) след провеждането на процедурата пациентът остава под непрекъснато наблюдение до края на деня, като се отчитат всички субективни оплаквания и обективно наблюдавани странични или резидуални ефекти, като особено внимание се обръща на преходните разстройства на съзнанието и паметта.

3.8.7. Указания за добра практика. Цялостната оценка на провежданата ЕКТ при конкретен пациент се опира на изложените показания, противопоказания, съотношенията между тях и технологията на провеждане на ЕКТ, както и на принципите за прилагане на ЕКТ, върху които има международно съгласие. Информираното съгласие за ЕКТ на пациента, негов близък или законов представител се документира. Общата анестезия и миорелаксацията са задължителни, както и прилагането на най-ниските ефективни параметри и проследяването на страничните и резидуални действия, особено на

амнестичните нарушения. ЕКТ не следва да се прилага при липса на ясни показания, когато единствените съображения са недостатъчна ефективност от лечението или липса на алтернативна терапевтична програма.

3.9. Програма за справяне с кризи.

3.9.1. Същност:

а) като "криза" се означава срив на годността за справяне с непосредствен житейски преципитат; тази програма се основава на приемането, че преобладаващата част от кризите се овладяват в извънболнични условия; показания за хоспитализация са налице при изчерпване на ресурсите за справяне в извънболнични условия, съпътстващо психично разстройство с временна загуба на самоконтрола, дължаща се на кризата, както и при такава социална ситуация, която изисква временна изолация или убежище; за целите на това описание в понятието "криза" се включват и "остър стрес" и "посттравматично стресово разстройство", когато отговарят на горните показания за хоспитализиране;

б) като "остър стрес" и "посттравматично стресово разстройство" се означават състоянията, отговарящи на критериите на категории F43.0 и F43 от МКБ-10, както и на други психични разстройства в ремисия, при които моментното поведение се доминира от описаните критерии;

в) различават се три основни типа кризи: кризи на развитието, ситуационни и кризи при бедствие; определят се и специфични фази в развитието на кризата; кризата обикновено се разрешава за период от четири до шест седмици;

г) кризисната интервенция или терапия продължава кратко време, от една до шест седмици, и се фокусира само или предимно върху актуалните проблеми; разрешаването на кризата може да приеме три форми; индивидът се връща на предкризисното си ниво на функциониране, на ниво по-високо или по-ниско от него;

д) социалната подкрепа и интервенции повишават ефективното разрешаване; възприетият подход към индивид в криза е обикновено активен и относително директивен; хоспитализацията при криза е къса и има за цел да преодолее острата фаза с чувството за безизходица и загуба на самоконтрол и да постави началото на справяне с кризата;

е) кризисната интервенция може да е полезна за превенция на самоубийство или агресивно поведение; в програмите за кризисното лечение се включва:

- фокусиране върху преципитиращите фактори или стресорите, водещи до събитието;

- изследване с пациента на специфичното или уникално значение и смисъл на неговото суицидално или агресивно поведение (симптоми);

- развиване на списък на допринасящите или етиологичните фактори за периода на последните шест седмици;

- използване насочено на миналата история на суицидално или агресивно поведение, за да се постигне по-дълбоко разбиране на актуалните опасни или рискови симптоми;

- оценяване и търсене помощ от подкрепящата социална мрежа.

ж) индивидът в криза приема активна роля в определяне на целите и планиране на възможните решения;

з) кризи при пациенти с хронични психични разстройства: пациентите с хронични психични проблеми също преживяват кризи; появата на кризата се причинява вследствие на природата на психичната болест; характеристики на пациентите с хронично психична болест:

- неадекватна способност за решаване на проблеми;

- неадекватни комуникативни умения;

- ниска себеоценка;

- ниско ниво на адаптация към изискванията на професионалния живот, училище, както и в социалните отношения;

- провеждане на дългосрочно лечение;

- хоспитализирането е подходящо за пациенти с екстремно сложни психиатрични, соматични и психосоциални фактори, които изискват координирани и интегрирани интервенции; то предоставя: последователна супервизия/наблюдение, уединение на пациента, използване на физически ограничения и медикация.

3.9.2. Интервениране - процесът на кризисната интервенция включва: оценка, планиране и интервенции:

3.9.2.1. Оценка на случая (диагноза).

Равновесието на индивида може да се повлияе неблагоприятно от следните фактори:

а) нереалистично възприемане на преципитиращото събитие;

б) неадекватна ситуативна подкрепа, или

в) неадекватни механизми за справяне.

3.9.2.2. Планиране.

Планирането включва:

а) планиране на съдържателно ниво - поставяне на реалистични цели и идентифицирането на адекватни дейности, които да доведат до постигане на целите;

б) планиране на процесно ниво - включва индивидуалните чувства и поведения на специалиста, които ще определят ефективните интервенции.

3.9.2.3. Интервенции.

Кризисните интервенции имат няколко основни цели:

- предоставяне на външен контрол за подкрепа на пациента;

- намаляване на тревожността и паниката, така че вътрешните ресурси да се приведат в действие;

- връщане на пациента към предишното или към оптимално ниво на адаптация;

- осигуряване по-добър изход от кризата за пациента;

- ускоряване на процеса на преодоляване на травмата;

- възстановяване на здравите адаптивни защити.

Психотерапевтични интервенции. В острата фаза терапевтът:

- дава подкрепа и окуражава естествените защити на пациента;

- поддържа топла, конфиденциална, поддържаща среда (т.е. позитивна терапевтична връзка, която предоставя стабилен, траен и валиден източник на помощ);

- емпатично отговаря на чувствата на пациента;

- показва приемане на реакциите на пациента на кризата;

- не провокира регрес и напрежение;

- не определя стриктни граници на времето и не поддържа стриктно специфичния фокус.

След острата фаза терапевтът:

- работи с пациента за разпознаване на потенциалните проблеми, като се оценяват стресовите жизнени събития, които клиентът е преживял;

- конфронтира лицето с неговите неадаптивни защитни механизми;

- провежда обучение в умения за справяне със стресови събития като умения за решаване на проблеми, взимане на решения, повишаване на себеоценката, приемане на медикация, умения за релаксация;

- помага на индивида да оценява адекватно жизнените промени, свързани с възрастовите периоди, възможни средови промени и професионални роли и др.;

- последователно конфронтира пациента с края на терапията.

3.10. Програма за психологично консултиране.

3.10.1. Невропсихологична оценка.

Психологичната и невропсихологичната оценка прилагат методи на експерименталната и клиничната психология за оценка и анализ на когнитивните и поведенчески разстройства, които се развиват вследствие на психичното разстройство или абнормно развитие на мозъка. Психологичните и невропсихологични тестове са стандартизирани техники и процедури за количествена оценка.

Целта и показанията за оценка са:

а) идентифициране на когнитивния дефицит в момента на изследването;

б) разграничаване на депресия от деменция;

в) определяне характеристики на протичане на болестта;

г) оценка на ефекта от лечение.

3.10.1.1. Обща интелигентност и деменция. Оценката на общата интелигентност дава данни за нивото на умствено развитие или преморбидното ниво или за наличие на деменция при органично мозъчно разстройство.

Методики: WAIS; RAVEN; MMSE.

3.10.1.2. Абстрактно мислене/разсъждения, решаване на проблеми, формиране на понятия. Загуба на капацитета за абстрактно мислене и съждения, намаление на гъвкавостта при решаване на проблеми и при адаптиране към нови или променени ситуации.

Методики: установяване на последователност, образуване на изкуствено понятие, логична последователност и хумор, WCST.

3.10.1.3. Памет, ориентация и заучаване. Нарушението на различните типове памет е ярък поведенчески дефицит при пациенти с органични мозъчни нарушения и често е първият признак на мозъчна болест и на възрастови промени.

Методики: Wechsler Memory Scale, Benton-Test, Digit Span, тест на Лурия.

3.10.1.4. Внимание и концентрация. Капацитетът за поддържане на максимално ниво на внимание и активност е нарушено при пациенти с органично мозъчно нарушение и се изразява в колебания на концентрацията и обработката на информация, трудности в превключването, неустойчивост към странични въздействия, недостатъчна поведенческа и когнитивна гъвкавост (например при модифициране на подхода към проблема при изменящи се изисквания на средата), нестабилност на поведенческата изява.

Методики: коректурни проби, аритметични задачи, Digit-Span Test, Symbol-Test, Trail Making-Test, Stroop-Test.

3.10.1.5. Език. Относително леки нарушения при използването на езика могат да бъдат признак на органично мозъчно разстройство. Изводи се правят за експресивната, моторна и рецептивна реч, навиците за четене, писане и разбиране, плавност и богатство на речта:

а) Специфика на процеса на оценка: целта и задачите във всеки индивидуален случай се обсъждат в терапевтичния екип; целта на диагностичната работа е изработване на формулировка на случая, която включва преценка на това:

- какво е нивото на когнитивните, личностови и поведенчески особености и нивото на социално функциониране на пациента;

- какви са потребностите на пациента от психологична и социална помощ и в какви психологични програми може да бъде включен;

- какви са потребностите от подпомагане на семейството или близкото обкръжение и в какви програми за психологична работа могат да бъдат включени.

б) Продължителност: една сесия продължава 1 - 1,5 ч.; цялото изследване може да продължи 2 - 3 сесии в зависимост от целта и състоянието на пациента.

в) Информирано съгласие и обратна връзка: първата стъпка на работата е изработване на информирано съгласие на пациента; в кратко обсъждане с пациента по достъпен и разбираем начин се излагат целта и задачите на изследването и се съобщава кратка предварителна информация за методите и условията на провеждане на изследването; в определени моменти по време на изследването и след приключването му на пациента се дава обратна връзка за постиженията и резултатите и се обсъжда тяхната връзка с цялостния диагностично-терапевтичен план. По преценка резултатите се обсъждат и с близките или семейството на пациента.

г) Анализ на резултатите: анализът на резултатите и оформянето на заключенията се изготвят след края на изследването и се описват от изследващия в болничната документация или на отделна бланка; задължителен момент е личната обратна връзка и обсъждане с лекуващия лекар и/или терапевтичния екип на отделението.

3.10.2. Работа със суицидни пациенти.

3.10.2.1. Целева група: пациенти, извършили опит за самоубийство или извършили друг акт на насилие над себе си, или показват опасност да извършат суициден опит и насилие над други лица. Суицидното лице може да се намира в остра кризисна ситуация, да е хронично суицидално или да се намира в остро или хронично психотично състояние.

3.10.2.2. Основания: психологичната работа под формата на кризисна интервенция, индивидуална и семейна терапия е важен компонент в интегративния подход и терапевтичната програма за тази група пациенти. Кризисното консултиране е задължително за лице, което е суицидално.

3.10.2.3. Оценка на случая: първото интервю с пациент след опит за самоубийство е кризисна интервенция. Оценка на случая:

а) биопсихосоциална диагноза;

б) оценка на риска от суицидни и хомицидни действия;

в) медицински статус;

г) оценка за желанието за лечение, наличието на подкрепяща система, потенциал за остро възникване на суицидно или агресивни симптоми;

д) детайлен контракт за превенция на бъдещи опасни действия;

е) възможности и качество на подкрепящата среда - семейна, трудова, социална;

ж) възможности за мониториране на семейството;

з) оценка на амбивалентното отношение към нараняването на себе си и другите.

3.10.2.4. Терапевтични техники.

Създаване на емпатичен терапевтичен съюз:

а) сключване на контракт за неизвършване на суицидално действие; целта е да се осигури време за обсъждане на различни алтернативи с пациента и да се създаде работен терапевтичен съюз;

б) емпатична конфронтация с емоционалната болка и с вътрешния конфликт:

- окуражаване на алтернативно изразяване на гняв - чрез предоставяне възможност на пациента да говори свободно за своите чувства, несбъднати очаквания и разочарования;

- възстановяване на социалните връзки - чрез установяване на контакт със семейството и други близки; предоставяне на семейството кризисно консултиране;

- избягване на крайното решение за суицид по време на кризата - чрез окуражаване, че суицидната криза е временно състояние; окуражаване на лицето да не извършва суицидно действие, докато не се появят алтернативи в некризисна ситуация; сключване на контракт за неизвършване на суицидно действие;

- понижаване на екстремната тревожност - чрез обучение в поведенчески техники и упражнения за релаксация и копиране на тревога и стрес;

в) конфронтация, кларификация и интерпретация:

- фокус върху преципитиращите фактори или стресорите, водещи към ситуацията;

- обсъждане на специфичните, уникални за пациента значения на суицидалните или агресивни симптоми;

- съставяне на списък на допринасящите обстоятелства през последните шест седмици;

- използване на предишната история на суицидни и агресивни действия за постигане на по-дълбоко разбиране на актуалните опасни симптоми;

- оценяване, приемане и подчертаване на помощта от средата.

3.10.3. Работа със семейството на пациенти с шизофренни разстройства.

3.10.3.1. Основания: семейната терапия и обучение намаляват негативните ефекти на семейния живот върху шизофренния пациент.

3.10.3.2. Цел: редуциране на тежестта на симптомите; превенция на рецидивите и рехоспитализацията; оказване помощ на членовете на семейството да развият по-ефективни начини на отнасяне към близкия със сериозно психично заболяване; оказване на подкрепа на семейството, грижещо се за болен член на семейството.

3.10.3.3. Задачи за постигане в семейните сесии:

- семейството да идентифицира семейните страхове, погрешните комуникации и нарушения;

- да се подобрят уменията за решаване на проблеми;

- да се формират умения за решаване на проблеми;

- да се обсъдят по-здрави алтернативи за ситуациите на конфликт;

- да се намалят семейните вини и тревожности;

- да се развият реалистични очаквания към пациента;

- да се научат семейните членове да дават подходяща подкрепа, като минимизират критичността и враждебността, да намаляват нивото на "емоционална експресия";

- да се подпомогнат промени в моделите на семейните взаимоотношения.

3.10.3.4. Потребности на семейството:

- да бъде част от процеса на вземане на решения;

- да получава адекватна и подходяща помощ в криза;

- да има периодична почивка от грижата за шизофренния пациент;

- да разполага с разбиране за болестта и ролята на лекарствата;

- да може да поставя реалистични цели и очаквания;

- да развие начини за решаване на проблеми, свързани с намаляване на напреженията вътре в семейната среда.

3.10.3.5. Форми на работа със семейството: семейна терапия, семейна консултация, информиране на семейството.

Време: при постъпване на пациента в клиниката, по време на престоя, преди изписване, след изписване от отделението.

3.10.3.6. Информиране на семейството за:

- шизофренните разстройства и начините за справяне с тях;
- признаците и симптомите на болестта;
- медицинската природа на необичайните феномени, които пациентът изпитва;
- протичането и изхода от болестта;
- соматичните и психосоциални лечения;
- стратегии на редуциране на промените и рецидивите;
- техники за справяне с остатъчни симптоми.

3.10.3.7. Съветване на близките:

- поведение, което помага;
- поведение, което не помага;
- поведение в криза.

3.10.4. Оказване на подкрепа.

Оказването на подкрепа е технологично еклектична терапия - в смисъл, че не предполага обособена теория на психопатологията.

3.10.4.1. Целева група: пациенти със хронични "аз"-дефицити, тежки проблеми и мисловни дефицити; ниско ниво на функциониране; пациенти, които имат потребност от подкрепа, за да оцелеят дори в обикновени условия; пациенти със шизофренни разстройства, параноидни налудности, недостатъчна адаптация към реалността, с тенденция за развитие на неовладими психотични поведения; пациенти със слаб контрол над импулсите, неспособност да толерират негативни афекти; пациенти с тежки проблеми в отношенията, подозрителност и социално отдръпване.

3.10.4.2. Цели: да се помогне на пациентите да поддържат възможно най-високо ниво на функциониране и емоционално благосъстояние.

а) да се поддържат защитите на пациента (а не да се провокират) не само за поддържане на неговия психологичен статус, но и за да стане възможно поставянето на по-активни цели;

б) да се създаде устойчиво дългосрочно поддържащо отношение терапевт-пациент;

в) да се оказва подкрепа на пациента в усилията му да се справя с преживяването на дисстрес от болестта;

г) да се увеличат психологичната сила и устойчивост на пациента, уменията му за справяне и капацитетът за използване на средата;

д) да се редуцира субективният дисстрес на пациента и поведенческата дисфункция;

е) да се достигне възможно най-голямата практическа степен на независимост от психическата болест;

ж) да се стимулира по-голяма степен на активност и сътрудничество при взимане на решения за лечение и в осъществяване на лечебния план (поддържане на "работен съюз");

з) оказване на подкрепа в кризи;

и) възстановяване на чувството за себеуважение и самочувствие;

й) вдъхване на надежда.

3.10.4.3. Форми на работа: индивидуална работа или в група

Техники на оказването на подкрепа:

а) осигуряване и поддържане на "носеща подкрепяща среда": "носеща среда" има значение на сигурна и безопасна среда за хаотичния свят от страхове, идеи, вини и депресия на пациента; същевременно се съхранява терапевтичната рамка на отношението пациент-терапевт;

б) структурираща активност на терапевта: структурирането означава директивност в иницииране на сесиите, задаване на въпроси и теми, даване на задачи, използване на поведенчески техники;

в) позитивно подкрепяне: коментари за постиженията, поведението и външния вид, които да поддържат самочувствието и самооценката на пациентите, които се преживяват като слаби, безпомощни и пасивни;

г) позитивна работа със защитите: упражнения за релаксация, валидизиране на чувствата и идеите с относително по-малък дял на анализа на защитното поведение, даване на съвети и похвали, подпомагане за избягване от болезнените преживявания или халюцинации и др.;

д) техники за справяне с трудни ситуации: поддържане на фокуса "тук и сега" върху актуалните жизнени трудности и търсене на начини за конструктивно обсъждане на проблема и поведенчески методи за преодоляването му по най-малко стресиращ и деструктивен начин; поведения за справяне с болестта и последиците й; преодоляване на срама и обърквването от симптомите; вината за отговорността за симптомите; страха от стигмата и отхвърлянето от околните;

е) позитивно преформулиране: разглеждане на симптомите в позитивна светлина, търсене на позитивен смисъл за мобилизиране на здравословна активност.

3.10.5. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Дневни грижи.

Целта на дневните дейности или грижи е да се структурира времето на пациентите в психиатричното отделение/клиника чрез участие в терапевтично ориентирана активност, която да противодейства на регресията, деструктивната зависимост и социалното отчуждаване.

Могат да се определят следните конкретни задачи на дневните терапевтични занимания:

- оказване подкрепа на пациента в усилията му да се справя с преживяването на дисстрес от болестта;
- увеличаване на силите на пациента и уменията му за справяне, както и капацитета му да използва подкрепата на средата;
- редуциране на дисстреса и поведенческата дисфункция на пациента;
- достигане на по-голяма степен на независимост от психическата болест;
- стимулиране по-голяма степен на активност и сътрудничество при взимане на решения за лечение и в осъществяване на лечебния план (поддържане на "работния съюз");
- оказване на подкрепа в кризи;
- възстановяване на чувството за себеуважение и самочувствие;
- вдъхване на надежда.

3.10.6. Групово-терапевтични занимания.

3.10.6.1. Занимателна терапия.

Провежда се няколко пъти седмично. Групата е отворена и може да е със смесен състав. Състои се от 10 - 15 човека. Групова активност - рисуване, моделиране, психодраматични техники, групово обсъждане на проблеми, заявени от участниците. Ролята на терапевта е относително активна и структурираща; груповата динамика се

използва за целите на поддържане на оптимално ниво на границите на групата и на груповата кохезия и използването на групата като "носеща" среда за участниците.

3.10.6.2. Групова терапия.

Провежда се два-три пъти седмично в определено време и на определено място. Групите са малки и относително отворени (могат да бъдат и смесени) - до 10 - 15 човека.

Техники на груповата терапия и функции на терапевта:

а) осигуряване и поддържане на "носеща среда"; понятието "носеща среда" е въведено, за да обозначи създаване на доброжелателна, сигурна и безопасна среда за хаотичния свят от страхове, идеи, вини и депресия на пациентите, като същевременно се подчертава съхраняване на терапевтичната рамка;

б) структурираща активност: структуриране означава активно организиране на сесиите, задаване на въпроси, теми и задачи, използване на поведенчески техники;

в) позитивно подкрепяне: има смисъл на поддържащи самочувствието и самооценката коментари за постиженията, поведението и външния вид на пациентите, които се преживяват като слаби, безпомощни и пасивни;

г) позитивна работа със защитите: провеждат се система от упражнения за релаксация, валидизиране на чувствата и идеите с относително по-малък дял на анализа на защитното поведение, даване на съвети и похвали, подпомагане за избягване от болезнените преживявания или халюцинации и др.;

д) техники за справяне със стреса: поддържа се фокусът "тук и сега" върху актуалните жизнени трудности и търсене на начини за конструктивно обсъждане на проблема и поведенчески методи за преодоляването му по най-малко стресиращ и деструктивен начин; проиграват се в ролеви упражнения в "симулации" на конкретни ситуации поведенчески модели за справяне с болестта и последиците й; обсъждат се общи проблеми и начини за тяхното преодоляване, като чувството на срам и оборкване от симптомите, вината за отговорността за симптомите, страха от стигмата и отхвърлянето от околните;

е) позитивно преформулиране: целта е симптомите и проблемите да се разглеждат като част от реалността на индивидуалния психичен живот, достъпен за обяснение и разбиране; така се намалява тревожността и се увеличава чувството на контрол върху нея; обсъждат се приемливи обяснения и системни способи за наблюдение и контрол върху симптомното поведение, упражняват се поведенчески модели на здравословна ежедневна активност.

3.11. Програма за лечение на абнормно поведение на боледуване.

Като "абнормно поведение на боледуване" се означават състоянията, отговарящи на критериите на някои от категориите F40 - 69 от МКБ-10, или с други психични или телесни разстройства:

а) соматизиращ пациент;

б) хипохондричен пациент;

в) пациент с "аз"-дистонни сексуални проблеми;

г) пациенти с личностови разстройства (без антисоциално).

Основните терапевтични стратегии са отразени в програмите за кризисни интервенции и за психологично консултиране.

3.12. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Програма за лечение на зависимости.

Като "зависимости" се означават състоянията, отговарящи на критериите на категории F10 - F19 от МКБ-10.

Подходите при лечение на зависимости са:

- алкохолна детоксификация;
- опиоидна детоксификация;
- друга неалкохолна детоксификация;
- мотивационна работа;
- семейна терапия;
- социално подпомагане при зависимости;
- насочване към специализирани програми за лечение на зависимости.

Обслужването на зависимости в психиатрично отделение/клиника на многопрофилна болница и/или специализирана болница по психиатрия (извън специализираните за целта лечебни заведения) се извършва най-вече при наличие на коморбидност с други психични разстройства.

3.13. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Процедура по изписване на пациент.

Изписването на пациент от отделението/клиниката следва:

- изчерпването на терапевтичната задача: ориентир е промяната в режима на обслужване - възможността за водене на лечение в извънболнични условия: овладяване на острата фаза на симптоматиката, липса на риск от опасно поведение, сътрудничество за лечение и наличие на подкрепяща среда;
- (доп. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) осигурена приемственост в обслужването след изписването - амбулатория за специализирана медицинска помощ по психиатрия, дневен център, рехабилитационна програма, център за психично здраве, специализирана психиатрична болница, многопрофилна болница или друга - за лечение на зависимости;
- планиране на изписването с пациента и близките му и подготовка на пациента, респ. готовност за преход към самостоятелен живот (извън болница);
- съобразяване с психосоциални обстоятелства - работа, пътуване, трудоспособност, грижи за домакинството или за болен член от семейството;
- липса на прогнозируем риск от агресия, автоагресия или груба поведенческа абнормност извън болница;
- изчерпване на съдебно-експертната задача;
- нарушаване на терапевтичния договор, оттегляне на съгласие за лечение (при липса на основания за законова принуда) или нарушаване на вътрешния ред;
- липса на терапевтичен ефект и изчерпване на възможностите на отделението.

Показатели за добра практика са:

- относителен дял на планираните спрямо непланираните изписвания;
- относителен дял на изписаните с осигурен континюитет в обслужването спрямо изписаните без осигурен континюитет;
- относителен дял на насочените към конкретен психиатър (или сроден специалист) спрямо насочените към лечебно заведение изобщо;
- относителен дял на изписани поради изчерпване на терапевтичната задача спрямо останалите пациенти;
- относителен дял на изписани в приемливите според приложените програми срокове за стационарно обслужване спрямо останалите пациенти.

4. Интердисциплинарни консултации.

4.1. С клинична и друга лаборатория:

- параклиничен минимум при пациенти с дългогодишен прием на невролептици, клинични данни за ятрогенни кръвни дискразии и паренхимна чернодробна увреда, клинична острота и полиморфност, предполагащи органична съобусловеност, и коморбидност със злоупотреба с психоактивни вещества;

- ежеседмично проследяване на бяла кръвна картина при пациенти на лечение с Clozapin (Leponex);

- проследяване в интервал, съответен на режима на дозиране, на плазмените нива на литиеви соли и антиконвулсанти (предимно Carbamazepin и валпроати);

- мониториране на биохимия и електролити при кататонни и остри психоорганични синдроми, както и при пациенти в животозастрашаващи състояния;

- изследване на ликвор при фебрилно-кататонни и остри психоорганични синдроми с централно- и локалномозъчна симптоматика.

- вирусологични изследвания при основания, произтичащи от симптоматиката, поведението на боледуване, историята за прием на психоактивни вещества и географския произход;

- плазмени нива на антидепресанти и невролептици, извън споменатите, не се изследват рутинно предвид на наличните данни за липсата на корелация между плазмено ниво и терапевтичен отговор; такива изследвания се осъществяват при:

- съмнение за сътрудничество в приема;

- съмнение за особености в метаболизацията (напр. бавни метаболизатори);

- белези на интоксикация; и

- терапевтична резистентност, необяснима по друг начин.

4.2. Електро-конвулсивна терапия (ЕКТ):

а) ЕКТ се прилага задължително с обща анестезия и миорелаксация; общата анестезия и миорелаксацията се прилагат от специалист анестезиолог според Националния стандарт за анестезия и интензивно лечение;

б) предварителните консултации със специалист по вътрешни болести и параклинични изследвания;

в) окончателната преценка за налични показания/противопоказания за ЕКТ е отговорност на лекуващия психиатър, а не на консултантите.

4.3. Консултиране на пациенти в други лечебни заведения от специалист-психиатър (междудисциплинарно или liaison-консултиране).

Консултациите допринасят за:

- по-висока използваемост на терапевтичните програми към дневните стационари и извънболничните консултативни служби;

- структурата на тези програми позволява съвместно лекуване, т.е. престой на легло в общосоматично отделение в МБАЛ и посещаване на споменатите по-горе отделения на психиатричната клиника за терапия;

- реално провеждане на предписаното психофармакологично лечение след психиатричната консултация, налагащо необходимото планиране на заявки в болничната аптека.

5. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Програма за поддържане на качеството на работата в отделението/клиниката.

5.1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Качеството на работата в отделението/клиниката се поддържа чрез:

а) спазване на протоколите и програмите на този стандарт за лечение и грижи;

б) придържане към етичните критерии в психиатричната практика;

в) постоянен мониторинг на качеството, осигуряван чрез:

- външна оценка на качеството;

- вътрешен контрол от органите за управление и контрол на лечебното заведение.

5.2. Работа на принципа на екипността чрез:

- екипни заседания - провеждани ежедневно;

- клиничен колегиум - провеждан веднъж седмично;

- дебрифинг - текущо, при инцидент, суицидиум, агресия, смърт или отреагиращо поведение;

- формулировки на случай, обсъждани задължително екипно; поради разбирането за важността на формулировката, изготвянето й в отделението следва определен модел.

5.3. Модел на биопсихосоциална формулировка.

Пълният модел на биопсихосоциална формулировка включва:

5.3.1. Обобщение:

а) обобщение на случая;

б) отключващи стресогенни фактори.

5.3.2. Характеристика на пациента:

а) биологична характеристика - основните генетични, конституционални, темпераментови и медицински фактори;

б) психологична характеристика - описват се личностовата структура и функционирането на пациента по време на целия му жизнен цикъл и се включват психодинамични, поведенчески, когнитивни, екзистенциални и морални съображения;

в) социокултурна характеристика - включват се социалноикономическата класа и ценности, културната ориентация, религиозните разбирания, социалните и развлекателните дейности и интерперсоналните взаимоотношения;

г) семейна характеристика - описва се анамнезата, отнасяща се до първичното семейство на пациента и настоящата му семейна структура и функциониране;

д) характеристика на изпълнението на ролите - представя плюсовете и минусите в уменията на пациента да се справя с ежедневието и със своите роли - трудови, обучителни и тези в свободното си време; в комбинация с личната, социалната и семейната информация от другите части тя дава общ поглед върху психосоциалната система на пациента.

5.3.3. Биопсихосоциална формулировка:

- обединяващо изложение - определят се данните, които се считат за най-важни в определена клинична ситуация, и се интегрира информацията по начин, който има смисъл.

5.3.4. Диагноза, списък с проблеми, терапевтичен план и прогноза:

а) диагноза и диференциална диагноза;

б) списък с проблеми - специфични медицински, интрапсихични проблеми и проблеми на психосоциалната мрежа;

в) терапевтичен план - след определяне на проблемите се изработва специфичен терапевтичен план.

г) прогноза - изложение на прогнозата за пациента и очаквания терапевтичен отговор.

5.3.5. Формат за писане на формулировки на случай:

Биопсихосоциалната ориентация представя заболяването и болестта като динамичен процес, характеризиращ се с взаимодействието на биологични, психологични и социокултурни фактори.

Компоненти на психиатрич-ната формулировка	Измерения
Описателен	Представяне
Обяснителен	Предразположеност

Терапевтично-прогностичен план	Провокиращи фактори Поддържащи фактори План (лечение) Прогноза

V. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) Лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ

1. Обща характеристика.

В лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ се осъществяват следните дейности:

а) диагностициране и лечение на психично болни;

б) психосоциална рехабилитация на психично болни;

в) грижи за психично болните;

г) предоставяне на социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане.

2. Структура.

2.1. Диагностично-консултативен блок - включва консултативни кабинети, медико-диагностична лаборатория, кабинети за функционална и образна диагностика, регистратура на лицата, подлежащи на диспансеризация, отделение без легла за дневен стационар.

2.2. Стационарен блок. Стационарният блок се състои от клиники и/или отделения по психиатрия, които могат да бъдат общопсихиатрични и клинично профилирани. Клинично профилираните клиники/отделения могат да бъдат:

а) детско-юношеско психиатрични;

б) съдебно-психиатрични;

в) наркологични;

г) геронтологични;

д) по други клинични профили на специалността психиатрия.

VI. (нов - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г., загл. изм. - ДВ, бр. 37 от 2016 г.) Нива на компетентност

1. (доп. - ДВ, бр. 37 от 2016 г.) Дейностите по психиатрия се извършват в структури (клиника или отделение) по психиатрия от първо, второ или трето ниво на компетентност в болниците за активно лечение, центровете за психично здраве и държавните психиатрични болници.

1.1. Изисквания към лечебните заведения, в които има разкрита клиника или отделение по психиатрия от първо ниво на компетентност.

1.1.1. В клиниката или отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да работят минимум двама лекари, от които най-малко един с призната специалност по психиатрия.

1.1.2. В клиниката или отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да работят санитари, които са обучени и притежават специфични умения за работа с пациенти с психични разстройства.

1.1.3. В клиниката или отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност се извършва овладяване на спешни психиатрични състояния, лечение на

пациенти с изявен психотичен и/или психомоторен срив, които се нуждаят от постоянно наблюдение и/или изолация, лечение на пациенти, подлежащи на задължително настаняване и лечение.

1.1.4. Минимален обем дейност на клиника или отделение по психиатрия от първо ниво на компетентност - 120 преминали пациенти годишно на всеки 10 легла.

1.1.5. Клиниката или отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да има осигурена възможност за поставяне в състояние на изолация на психиатрични пациенти (най-малко две легла) на територията на лечебното заведение.

1.1.6. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г., изм. - ДВ, бр. 37 от 2016 г., изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) Клиниката или отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да разполага с възможност за ползване на рентген, ЕЕГ и клинична лаборатория (всички с осигурен за лечебното заведение достъп в рамките на 24 часа в денонощието), както и с възможност за извършване на медицински консултации с други медицински специалисти - всичко това на територията на населеното място, а също и с ЕКГ и инсталация за подаване на кислород на територията на лечебното заведение.

1.1.7. В клиниката или отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да има разписана практика на клинична супервизия на всеки член на екипа.

1.2. Изисквания към лечебните заведения, в които има разкрита клиника или отделение по психиатрия от второ ниво на компетентност.

1.2.1. (изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) В клиниките/отделенията от първо ниво работят лекар/и със специалност по психиатрия, като могат да работят и лекар/и с друга специалност или без специалност, които осигуряват оказване на пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността.

1.2.2. В терапевтичните екипи на клиниката или отделението по психиатрия от второ ниво трябва да е включен психолог.

1.2.3. В клиниката или отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност трябва да работят санитари, които са обучени и притежават специфични умения за работа с психиатрични пациенти.

1.2.4. В клиниката или отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност се извършва овладяване на спешни психиатрични състояния, лечение на пациенти с изявен психотичен и/или психомоторен срив, които се нуждаят от постоянно наблюдение и/или изолация, лечение на психични заболявания, усложнени със соматични състояния, и лечение на терапевтично резистентни пациенти.

1.2.5. Минимален обем дейност на клиника или отделение по психиатрия от второ ниво на компетентност - 110 преминали пациенти годишно на всеки 10 легла.

1.2.6. Клиниката или отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност трябва да има осигурена възможност за поставяне в състояние на изолация на психиатрични пациенти (най-малко две легла) на територията на лечебното заведение.

1.2.7. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г., изм. - ДВ, бр. 37 от 2016 г., изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) Клиниката или отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност трябва да разполага с възможност за ползване на рентген, скенер, ЕЕГ и клинична лаборатория за осъществяване на необходимите за дейността изследвания (всички с осигурен за лечебното заведение достъп в рамките на 24 часа в денонощието), както и с възможност за извършване на медицински консултации с други специалисти - всичко това на територията на населеното място, а също и с ЕКГ и инсталация за подаване на кислород на територията на лечебното заведение.

1.2.8. В клиниката или отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност трябва да има разписана практика на консилиум най-малко веднъж седмично и разписана практика на клинична супервизия на всеки член на екипа.

1.3. Изисквания към лечебните заведения, в които има разкрита клиника или отделение по психиатрия от трето ниво на компетентност.

1.3.1. (изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) В клиниките/отделенията от второ ниво работят лекар/и със специалност по психиатрия, като могат да работят и лекар/и с друга специалност или без специалност, които осигуряват оказване на пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността.

1.3.2. В терапевтичните екипи на клиниката или отделението по психиатрия от трето ниво трябва да са включени клинични психолози.

1.3.3. В клиниката или отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност трябва да работят санитари, които са обучени и притежават специфични умения за работа с психиатрични пациенти.

1.3.4. В клиниката или отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност се извършва овладяване на спешни психиатрични състояния, лечение на пациенти с изявен психотичен и/или психомоторен срив, които се нуждаят от постоянно наблюдение и/или изолация, лечение на психични заболявания, усложнени със соматични състояния, лечение на терапевтично резистентни пациенти, комплексна оценка при трудни за диагностициране и неясни случаи и лечение на пациенти, подлежащи на задължително настаняване и лечение, при първи психотичен епизод.

1.3.5. Минимален обем дейност на клиника или отделение по психиатрия от трето ниво на компетентност - 100 преминали пациенти годишно на всеки 10 легла.

1.3.6. Клиниката или отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност трябва да има осигурена възможност за поставяне в състояние на изолация на психиатрични пациенти (най-малко две легла) на територията на лечебното заведение.

1.3.7. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г., изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) Клиниката или отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност трябва да разполага с възможност за ползване на рентген, скенер, ЕЕГ, ЯМР и клинична лаборатория за осъществяване на необходимите за дейността изследвания (всички с осигурен за болницата достъп в рамките на 24 часа в денонощието), както и с възможност за извършване на медицински консултации с други специалисти - всичко това на територията на населеното място, а също и с ЕКГ, ЕКТ и инсталация за подаване на кислород на територията на болницата.

1.3.8. В клиниката или отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност трябва да има разписана практика на консилиум най-малко веднъж седмично и разписана практика на клинична супервизия на всеки член на екипа.

VIa. (нов - ДВ, бр. 92 от 2010 г., отм. - ДВ, бр. 37 от 2016 г.)

VII. (предишен раздел VI - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) Дневен стационар.

1. (изм. - ДВ, бр. 37 от 2016 г.) Обща характеристика.

Дневният стационар е звено за полустационарна психиатрична помощ в системата на психиатричните лечебни заведения. В дневен стационар се обслужват лица с психични разстройства и се извършва диагностика, лечение, наблюдение, експертна дейност и ресоциализация.

2. Прием на пациенти в дневен стационар.

2.1. Приемането на пациенти се извършва от Диагностично-консултативния блок, по инициатива на:

- личен лекар;
- специалисти-психиатри;
- пациента по собствена инициатива;
- доболнични и болнични лечебни заведения;
- пациентите и техни близки;
- следствени и съдебни органи.

2.2. Насочването на пациентите за приемане в дневен стационар става от стационарните отделения на съответното психиатрично лечебно заведение по инициатива на лекуващия екип.

3. Критерии за прием:

- шизофрения, шизофреноподобни, шизотипно и психично разстройство в стадий след овладяване на острите психотични симптоми;
- афективни разстройства след овладяване на остър маниен синдром; пациенти без суициден риск;
- тревожни, невротични и реактивни състояния, реакции на тежък стрес, сексуални разстройства; семейна и социална дисфункция;
- хронични психични разстройства в период на обостряне или за поддържаща терапия и наблюдение;
- инволутивни и органично обусловени състояния;
- злоупотреби с вещества със или без зависимост;
- разстройства на личността и поведението в зряла и детско-юношеска възраст;
- за диагностични цели, включително и за извършване на психологични тестови изследвания;
- за преценка на трудоспособност.

4. Осигуреност с персонал:

Местата в дневен стационар са със средна степен на зависимост от грижи, изискващи минимум 1 час на един болен за 24 часа.

5. При приемането на пациента се извършва:

а) снемане на обективна анамнеза (при наличие на такава);

б) снемане на психичен статус;

в) снемане на соматичен и неврологичен статус;

г) поставяне на предварителна синдромна и нозологична диагноза;

д) формулиране на диференциално-диагностичните алтернативи;

е) определяне потребностите за момента на пациента и/или близките и насочващите;

ж) включване в извънстационарна програма за интервенция: предписване на съответното лечение (медикаментозно, психотерапевтично, социално интервениране) според диагнозата и потребностите в амбулаторни условия;

з) договориране на необходимото терапевтично участие на пациента и/или близките му и разпределяне на дейностите между участниците в екипа;

и) съгласуване на графика по извършване на дейностите и мониториране на случая;

й) насочване към друг специалист и/или назначаване на съответните допълнителни изследвания при нужда;

к) изготвяне и издаване на необходимите документи;

л) диспансеризиране при желание на пациента за това;

м) включване в трудотерапевтична или друга подходяща за случая рехабилитационна програма;

н) включване в съответна на случая терапевтична стационарна програма.

Когато лицата са насочени за експертиза, се прилага следният алгоритъм:

- приемане на заявката от следствени и съдебни органи;

- вземане на решение за назначаване на експерт(и), в случай че не е определен от заявителя;

- запознаване с юридическата, медицинската и друга налична документация по случая;

- организиране на интервюто с освидетелствания в присъствие на всички необходими специалисти;

- снемане на анамнеза както за миналото на изследвания, така и за периода, представляващ интерес за насочващия орган;

- снемане на актуалния психичен статус;

- поставяне или отхвърляне на предварителна психиатрична диагноза;

- преценка на необходимостта от и провеждане на стационарно наблюдение и допълнителни диагностични мероприятия;

- изготвяне на експертно заключение в отговор на поставената задача;

- преценка на необходимостта от включване в програма от грижи на службата.

6. Програми от грижи, прилагани в дневен стационар:

Прилагат се според състоянието и потребностите на конкретния пациент.

6.1. Програма за водене на случая:

а) започва при приключване на активни терапевтични програми - лекуващият екип преценява необходимостта от проследяване на случая;

б) дискусия в екипно заседание, включваща:

- информиране на пациента и близките за предлаганото медикаментозно лечение, неговите цели и очаквани ефекти, възможни странични действия;

- договориране на потенциално полезното терапевтично поведение на близките на пациента;

- уточняване на наличните комуникационни канали с терапевта и начините за тяхното използване;

- вземане на предварително решение по избора на водещ случая близък или професионалист; договаряне на очакваните от него функции и отговорности по случая;

в) фокусиран разговор с пациента за информирането му по набелязаната програма и опит за осигуряване на достатъчна степен на сътрудничество от негова страна;

г) постепенен преход от активна терапевтична намеса към проследяване развитието на случая от водещия го;

д) договаряне с пациента на ритъма и съдържанието на контактите за проследяване;

е) провеждане на социални интервенции според неудовлетворените в момента потребности на пациента;

ж) при нужда - преминаване към друга програма според актуалната ситуация.

6.2. Програма при шизофренен епизод:

а) програмата е част от системата за активно наблюдение и противорецидивно лечение на шизофренно болните от региона;

б) информиране на лекуващия лекар при установени активни психопатологични прояви от страна на водещия случая или друг насочващ агент;

в) провеждане на психиатричен преглед за установяване на актуалното психично състояние;

г) определяне на водещия в момента психопатологичен синдром;

д) извършване на справка в наличната медицинска документация за примерите на най-успешно справяне с подобни минали състояния у същия пациент;

е) назначаване на необходимата медикаментозна терапия в амбулаторни или стационарни условия;

ж) определяне и назначаване на необходимия режим на активно наблюдение;

з) извършване на нужните корекции в медикаментозната терапия според динамиката на състоянието;

и) включване на психотерапевтични и социални интервенции и договориране на полезното терапевтично поведение с близките на пациента;

й) отразяване на динамиката на епизода в документацията по случая;

к) преминаване към програмите за водене на случая и противорецидивно лечение.

6.3. Програма за Противорецидивно лечение при шизофрения:

а) след отзвучаване на остър психотичен епизод - вземане на екипно решение за нуждата от провеждане на противорецидивно лечение, избор на основен препарат, неговата доза и честота на прилагане;

б) информиране на пациента и близките му за предлаганото лечение, очаквани резултати от него, възможни странични действия;

в) проследяване на състоянието и ефекта от започнатото поддържащо лечение;

г) периодична преоценка на терапията и извършване на необходимите корекции;

д) провеждане на всички нужни мероприятия от програмата за водене на случая.

6.4. Програма за Емоционално стабилизиране при афективни разстройства:

а) овладяване на фазата на афективно разстройство;

б) обсъждане с пациенти на възможностите за медикаментозно емоционално стабилизиране, очакваните полезни и странични действия;

в) постигане на съгласие и споделено решение по избора на препарат, първоначална доза и модел на проследяването;

г) клинично мониториране на психичното състояние с акцент върху емоционалното стабилизиране;

д) параклинично мониториране на кръвното ниво на препарата и свързаните с действията му лабораторни показатели;

е) периодично преценяване и прецизиране на терапията според принципа цена полза;

ж) постига се чрез периодични дискусии с пациента и неговите близки за съвкупна оценка на:

- постигнат положителен ефект;
- евентуално наличие на нежелани действия;
- сравнителна цена;
- постигнато качество на живот и степен на удовлетворение от постигане на личните цели.

з) включване при нужда на допълнителна психотропна медикация.

6.5. Програма за Лечение с антидепресивни медикаментозни средства:

Най-често програмата се провежда като част от други програми от грижи на лечебното заведение:

а) установени умерено и тежко изразени депресивни синдроми;

б) избор на подходящ препарат или комбинация от препарати за овладяване на прицелните психопатологични прояви;

в) информиране на пациента за очакваните терапевтични ефекти и възможни странични действия, предполагаемия период на лечение, цена, режим, лекарствени взаимодействия и други значими теми;

г) въвеждане на препарата;

д) проследяване динамиката на състоянието и преценка на необходимостта от корекции в дозата и вида на медикамента;

е) намаляване на дозата при установено отзвучаване на прицелния депресивен синдром и преминаване към друга подходяща програма от грижи;

ж) въвеждане при нужда на допълнителни симптоматични и/или коректив средства.

6.6. Програма за лечение с антипсихотици:

Най-често програмата е елемент от други програми от грижи, практикувани от лечебното заведение:

а) установени психотични синдроми;

б) избор на подходящ антипсихотичен препарат или комбинация от препарати за овладяване на прицелните психопатологични прояви;

в) информиране при възможност на пациента за очакваните терапевтични ефекти, евентуални странични действия, очаквана продължителност и други значими теми;

г) проследяване на динамиката в психичния статус, съответно на прилаганата доза и вида на терапията;

д) включване при нужда на допълнителни симптоматични средства и/или коректори;

е) при овладяване на прицелната психопатология - преминаване към друга подходяща за случая програма от грижи.

6.7. Програма за живеене с инволуция и деменция:

а) насочване на случаите към специализираните за справяне с проблема структури на лечебното заведение;

б) снемане на психичен статус с акцент установяване степента на интелектуална недостатъчност и преценка на характера и тежестта на производните семейна и социална дисфункция;

в) снемане на подробен соматичен статус за установяване на водещите нарушения;

г) определяне на нуждата от стационарно или извънстационарно извършване на следващите мероприятия;

д) провеждане на психологично изследване - памет и интелект за:

- обективизиране степента на деменцията;
- установяване на базата за проследяване на състоянието и терапията;
- документиране на резултата и използването му при възникнала потребност;

е) провеждане на необходимите параклинични изследвания и консултативни прегледи с цел:

- фокусиране на соматотропната терапия;
- полезното й комбиниране с нужната психотропна терапия;
- избягване и преодоляване на полипрагмазията;

ж) въвеждане на ниски дози симптоматични средства според характера на водещите психопатологични нарушения;

з) обсъждане с близките на болния и договаряне на необходимото терапевтично поведение към него;

и) установяване на схемата за мониторинг на психичното и соматичното състояние;

й) представяне на специализиран орган - ТЕЛК, за преценка степента на нетрудоспособност и необходимостта от придружител;

к) изготвяне на необходимите документи и представянето им пред заинтересованите служби;

л) социално интервениране при необходимост.

6.8. Програма за Психосоциално интервениране, рехабилитация и ресоциализация:

а) установяване на евентуална потребност от социално интервениране в хода на анамнестичното изследване;

б) договаряне с пациента и близките му на характера, вида и фокуса на предполагаемото полезно действие;

в) разпределяне на функциите и ролите по изпълнение на интервенцията;

г) извършване на интервенцията:

- обучение в писане на потребните документи;
- обучение за представяне в съответната служба;
- обучение в ефективно водене на разговор за постигане на цели;
- (асистирано) търсене на подходяща работа - свързване с потенциални работодатели, договаряне на условия, сключване на договори;
- търсене на жилище според нуждите и възможностите на община, работодатели и др.;
- уреждане на и снабдяване с липсващи необходими документи;
- уреждане на работа за извършване на помощни дейности към здравното заведение (градинарство, куриерство, поддръжка и др.);
- уреждане на въпроси, свързани с получаване на пенсии, социални помощи и други плащания;

д) насочване към потенциално полезни за пациента общества и групи;

е) насочване към амбулаторното трудотерапевтично звено на заведението;

ж) отразяване на интервенцията в медицинската документация по случая;

з) оценка на резултата и ефекта от проведената социална или рехабилитационна интервенция;

и) мониторинг на социалния статус на пациента от социалните работници в екипа;

й) организиране и провеждане на хуманитарни акции с таргетни групи от средите на пациентите съвместно с нестопански организации.

6.9. Програма за Психотерапия и психологично подпомагане на хронично соматично болни.

6.9.1. Подпрограма за сенситизиране и обучение на висшия медицински персонал от соматичната здравна мрежа към решенията и постижимите цели на пациентите:

а) включване в годишните обучителни програми на психологичните дружества в страната;

б) дискусии по видеозаписи на сесии със соматични пациенти;

в) демонстративни сесии с пациенти в присъствието на лекуващия лекар.

6.9.2. Изпълнителна подпрограма:

а) насочване на пациента за консултация и интервю;

б) провеждане на първа сесия с фокусирано към решенията интервю;

- дефиниране на постижимите в дадената ситуация цели;

- актуализиране на наличните ресурси, умения, възможности, минали успехи, примери за справяне, интереси и желания;

- разработване съвместно с пациента на първите конкретни стъпки към постигането на целта;

- поставяне на задачата и обсъждане на въпросите по нея;

- определяне датата на следващата сесия;

в) провеждане на втора и следващи сесии с основна тема постигнатото до момента и формулиране на следващи задачи чрез конкретно самоописание на извършеното и постигнатите резултати;

г) договориране на края на интервенцията и времето на интервюто за проследяване;

д) провеждане на оценъчното интервю - на живо или по телефона.

7. Програма за терапия и психологично подпомагане на деца и юноши с проблемно поведение:

а) приемане на заявката от насочващия агент и събиране на предварителна информация по случая;

б) снемане на подробна анамнеза за проблема, свързаните с него допълнителни проблеми и опитите за справяне до момента;

в) снемане на актуален психичен статус, за установяване или отхвърляне на евентуален психиатричен проблем;

г) извършване на психологично изследване - когниция, емоции, личност, семейна репрезентация;

д) провеждане на фокусирана към очакванията, нуждите, целите и ресурсите за постигането им семейна сесия;

е) екипна дискусия за уточняване на потенциално полезното поведение на екипа и разпределяне на функциите и отговорностите по воденето на случая;

ж) информиране на семейството за формулировката по случая и предложенията за справяне със ситуацията;

з) договаряне на формата за проследяване на случая;

и) работа по проследяването на случая;

й) включване при необходимост на допълнителни участници - учители, педагогически съветници, обществени възпитатели, близки и др.;

к) социално интервениране според потребностите (виж програмата за това);

л) приключване на случая и определяне на времето на follow-up оценъчното интервю;

м) провеждане на оценъчното интервю на живо или по телефона;

н) в хода на извършване на горните стъпки - отразяване на ключовата информация в документацията по случая;

8. Програма за Работа с деца, изоставащи в развитието си:

а) събиране на анамнеза по случая от близките на детето;

б) снемане на актуален психичен статус;

в) запознаване с документацията по съпътстващите соматични и неврологични нарушения;

г) извършване на психологично изследване за установяване на степента на умствена недостатъчност;

д) прецизиране на необходимостта от и вида на медикаментозна терапия;

е) информиране на семейството на детето за диагностичните заключения и предлаганите стъпки за водене на случая;

ж) разпределение на функциите между участниците в екипа и дефиниране на полезните терапевтични поведения на околните;

з) проследяване на състоянието и развитието на пациента;

и) включване в рехабилитационна програма с участието на ангажираните по проблема институции (санаторна детска градина, помощно училище, социален дом);

й) включване в логопедична програма при необходимост от нея;

к) включване в програмата за социална интервенция (виж там);

л) изготвяне на експертно заключение по годността за обучение в масово или помощно училище;

м) представяне в смесената регионална медико-педагогична комисия, прецизираща индикациите за прием в помощни учебни заведения;

н) консултиране на педагогическия персонал, обучаващ детето, по интересуващи ги въпроси;

о) отразяване на значимата информация в медицинската документация на службата по случая.

9. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Програма за изписване на пациента от Дневен стационар:

- изписването на пациент от Дневен стационар се извършва от началник отделението/клиниката по предложение на лекуващия лекар;

- когато пациентът, постъпил на доброволно лечение, или негов законен представител поиска изписване, въпреки съвета на лекуващия лекар, молбата се обсъжда на екипно заседание в срок от 24 часа от нейното депозиране; пациентът се запознава със становището на екипа и в случай, че не са налице условията за прилагане на задължително лечение, пациентът бива изписан от началник-отделението/клиниката;

- лични вещи, пари и документи на пациента, съхранявани в заведението, се предават на пациента при неговото изписване или на негов законен представител срещу подпис в нарочната книга;

- при изписване на пациента от дневен стационар се издава епикриза в два екземпляра - за пациента и за лечебното заведение за първична извънболнична медицинска помощ, където лицето е регистрирано;

- при необходимост от активно диспансерно наблюдение или продължаване на лечението в амбулаторни условия това следва изрично да се запише в епикризата;

- изписването се регистрира в книгата за движение на пациентите;

- в История на заболяването се документира изписването, като се отбелязват случаите, когато това става без съгласие на лекуващия лекар;

- (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) не се спазва редът за изписване за пациенти, приети в центъра за психично здраве на задължително лечение;

- (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) в случаите, когато пациент напусне без разрешение центъра за психично здраве, той се изписва 24 часа след напускане;

- при изписване на бацилоносители се изпраща известие до Хигиенно-епидемиологичната инспекция (ХЕИ), на чиято територия е настоящият адрес на лицето;

- при изписване на болни, чието състояние налага придружител, същият се предава на близките му.

VIII. (предишен раздел VII. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) Изисквания по детска психиатрия

1. Основни положения

1.1. Детската психиатрия е медицинска дисциплина с обект диагноза, лечение и превенция на психичните разстройства при деца и юноши.

1.2. Основополагащи принципи на детските психиатрични здравни грижи са регионалност, насоченост към детето и родителите, ангажираност на родителите в диагностично-лечебния процес, колаборация с немедицинските институции, работещи с деца, диагноза и лечение в най-малко рестриктивната за детето среда, детско-психиатричен мултидисциплинарен екип.

1.3. Детско-психиатричните здравни грижи се оказват в доболничната и болничната помощ.

1.4. В доболничната помощ детско-психиатрични здравни грижи оказват семейните лекари, психиатрите и детските психиатри.

1.5. Детско-психиатричните болнични отделения са отделение за детско-юношеско психично здраве, психиатрично отделение за деца до 12 години, психиатрично отделение за юноши (13 - 18 години), рехабилитационно отделение.

1.6. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г.) Детско-психиатричните болнични здравни грижи се оказват от центровете за психично здраве, детско-юношеските психиатрични болници, университетските детско-юношески психиатрични клиники и при определени условия от психиатричните болници.

2. Структура, характеристики и отговорности при оказването на детско-психиатричната помощ

1. Доболнична помощ:

1.1. Общопрактикуващият лекар (ОПЛ) извършва:

а) скрининг за наличие на психични разстройства;

б) насочване за диагноза и лечение;

в) проследяване, лечение и издаване на медицински документи на диагностицирани и обратно насочени случаи;

г) съветване на родители във връзка с психичното развитие и превенцията на психични разстройства при децата и юношите;

д) оценка на рисково поведение при деца и юноши;

е) насочване за кризисна интервенция.

1.2. Психиатърът извършва:

а) прегледи на деца и юноши с психични проблеми и оценка на тежестта на случая;

б) насочване за консултация с детски психиатър или към детско-психиатрично здравно заведение;

в) кризисна интервенция и оказване на спешна психиатрична помощ на деца и юноши;

г) провеждане на предписана от детски психиатър медикаментозна терапия при деца до 12-годишна възраст;

д) провеждане на медикаментозна терапия при юноши (13- до 18-годишна възраст) с консултация с детски психиатър или на базата на епикриза от детско-психиатрично здравно заведение.

1.3. Детският психиатър извършва:

а) диагностициране, съветване на родители и лечение при психични разстройства в детска и юношеска възраст;

б) кризисна интервенция при суицидни опити, насилие, агресивно и деструктивно поведение;

в) насочване на деца и юноши за мултидисциплинарна психиатрична оценка в отделения за детско-юношеско психично здраве;

г) дълговременно наблюдение, съветване и лечение при деца и юноши с хронични психични разстройства;

д) консултации на медицински и немедицински специалисти;

е) експертна дейност, свързана с училищата, социалните служби - отделите за закрила на детето, експертните лекарски комисии, полицията, прокуратурата, следствието и съда;

ж) превантивна дейност - първична, вторична и третична, неспецифична и специфична превенция.

1.4. Минимално изискване е наличието на един детски психиатър на 250 000 души население.

1.5. Отговорностите на детския психиатър от доболничната помощ могат да се поемат и от психиатри със стаж по-голям от 5 години в детско-психиатрично здравно заведение и психиатри в продължаващо обучение по детска психиатрия.

2. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Болнична детско-психиатрична здравна помощ.

Включва отделение/клиника за детско-юношеско психично здраве, детско психиатрично отделение/клиника, юношеско психиатрично отделение/клиника и рехабилитационно отделение/клиника.

2.1. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г., изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Отделение/клиника за детско-юношеско психично здраве се разкрива от център за психично здраве, детско-юношеска психиатрична болница или университетска детско-юношеска психиатрична клиника. Едно такова отделение/клиника обслужва население от 250 000 - 500 000 души.

2.1.1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Отделението/клиниката включва детско-юношески психиатричен екип с ръководител детски психиатър. Екипът се състои от детски психиатър или психиатър в обучение по детска психиатрия, медицински сестри, медицински секретар, психолог, логопед, възпитател, социален работник и обслужващ персонал.

2.1.2. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Задължителни програми на отделението/клиниката са: консултативна, кризисна, дневно-стационарна.

2.1.3. Дневно-стационарната програма има най-малко 10 места.

2.1.4. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г., изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) В лечебни заведения за болнична помощ отделението/клиниката за детско-юношеско психично здраве може да разкрие болнични легла за деца до 14 години и за юноши 14 - 18 години.

2.1.5. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Отделенията/клиниките за детско-юношеско психично здраве извършват оценка и краткосрочни интервенции при деца с разстройство на развитието и дефицит на вниманието и/или хиперактивност (хиперкинетично

разстройство), първазивни разстройства на развитието, детска шизофрения, детски афективни разстройства. При наличие на възбуда и/или опасно поведение тези деца се приемат в психиатрични отделения/клиники за деца или юноши.

2.1.6. Извършва още:

а) кризисни интервенции при суицидно поведение, насилие, агресия или деструктивно поведение от страна на детето или юношата или върху него;

б) консултации на медицински и немедицински специалисти;

в) експертна дейност;

г) дневно стационарно лечение;

д) стационарно лечение на деца до 14 години и юноши 13 - 18 години при наличие на легла; е) профилактични програми в общността в активно сътрудничество със здравни, образователни, социални, полицейски и други институции, имащи отношение към децата и юношите.

2.2. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г., изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Детски психиатрични отделения/клиники - приемат деца до 12-годишна възраст, сами или с родители. Разкриват се към отделения/клиники за детско психично здраве, детско-юношески психиатрични болници или университетски детско-юношески психиатрични клиники.

2.2.1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Завеждащият детското психиатрично отделение/клиника е с профилна специалност по детска психиатрия. Детско психиатрично отделение/клиника се разкрива на популация от 1 000 000 души. Разкрива най-малко 10 легла. Може да приема и родители като придружители или с диагностично-терапевтична цел.

2.2.2. (изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) Персонал: броят на медицинските сестри се определя от интензивност на грижи, осигуряваща 4 часа индивидуално на дете за 24 часа; лекар/и със специалност по детска психиатрия и педиатрия, като могат да работят и лекар/и с друга специалност или без специалност, които осигуряват оказване на пълноценни грижи за изпълнявания обем и сложност на дейността; психолог/зи, възпитател/и и санитар/и.

2.2.3. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Показания за приемане в детско психиатрично отделение/клиника:

а) психомоторна възбуда, деструктивно или опасно поведение, значим суициден риск;

б) необходимост от 24-часово специализирано наблюдение;

в) резистентни на терапия в предходните нива на детски психиатрични грижи случаи, при които психичното разстройство е тежко изразено и/или сериозно нарушаващо психосоциалното функциониране и качеството на живот;

г) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) случаи на хиперкинетично разстройство, генерализирано разстройство на психичното развитие, детска шизофрения, детско афективно разстройство, които поради особености на клиничната картина или поради характеристиките на непосредственото обкръжение на детето не могат да бъдат приети в отделение/клиника за детско-юношеско психично здраве.

2.3. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Юношески психиатрични отделения/клиники - приемат юноши от 13 до 18 години. Разкриват се към отделения/клиники за детско психично здраве, детско-юношески психиатрични болници или университетски детско-юношески психиатрични клиники.

2.3.1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Завеждащият юношеско психиатрично отделение/клиника е с профилна специалност по детска психиатрия. Юношеско психиатрично отделение/клиника се разкрива на популация от 750 000 души. Разкрива най-малко 10 легла. Може да приема и родители като придружители или с диагностично-терапевтична цел.

2.3.2. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Включва следните задължителни организационни принципи на разкриване: териториална обособеност от отделенията/клиниките за възрастни, отделяне на момчетата от момичетата, осигуреност с дневна трапезария и със занималня, достъп до лабораторни и инструментални изследвания и медицински консултации.

2.3.3. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Персонал на отделението/клиниката на 10 легла - съгласно т. 2.2.2.

2.3.4. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Задължителни функционално и пространствено обособени дейности (на база 10 легла): дейности за повишена сигурност - 2 легла, интензивни легла - 3, средно интензивни - останалите.

2.3.5. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Показания за приемане в юношеско психиатрично отделение/клиника:

а) психомоторна възбуда, деструктивно или опасно поведение, значим суициден риск;

б) необходимост от 24-часово специализирано наблюдение;

в) резистентни на терапия в предходните нива на детски психиатрични грижи случаи, при които психичното разстройство е тежко изразено и/или сериозно нарушаващо психосоциалното функциониране и качеството на живот;

г) случаи при налична специализирана програма (напр. хранителни разстройства), при начални показания за приемане в стационар или резистентни при лечение в дневна/дневно-стационарна програма.

2.4. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Детски или юношески рехабилитационни отделения/клиники:

2.4.1. Разкриват се в детско-юношески психиатрични болници и университетски детско-юношески психиатрични клиники при условие, че са териториално обособени и имат отделен персонал. Разполагат с най-малко 10 места (отделения без легла). Извършват обучение в ежедневни умения и рехабилитация. Обучават и родители.

2.4.2. (изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) Персонал: медицински сестри - 2, едната е ръководител на отделението, трудотерапевти - 4, педагози (възпитатели) - 2, психолог - 2 часа на работен ден - лекар на повикване, детски психиатър 2 часа седмично на екипно обсъждане, обслужващ персонал (санитари) - 2.

2.4.3. Показания за приемане: рехабилитация след психотични епизоди или обостряния, деца и юноши с разстройства на психичното развитие.

2.5. Детско-юношеска психиатрична болница.

2.5.1. Осъществява пет задължителни програми - консултативна, кризисна, дневно-стационарна, стационарна и рехабилитационна.

2.5.2. Включва:

а) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) отделение/клиника за детско-юношеско психично здраве;

б) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) детско психиатрично отделение/клиника;

в) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) юношеско психиатрично отделение/клиника;

г) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) рехабилитационно отделение/клиника.

2.5.3. Включва детски психиатричен мултидисциплинарен екип.

2.6. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Университетска детско-юношеска психиатрична клиника/отделение:

а) разкрива се от университетски болници;

б) развива дейността и притежава структурите на детско-юношеска психиатрична болница;

в) (доп. - ДВ, бр. 92 от 2010 г., изм. - ДВ, бр. 63 от 2021 г.) ръководи се (клиниката) от хабилитирано лице, което има придобита специалност по детска психиатрия, подпомагано от главен административен асистент с придобита специалност по детска психиатрия;

г) извършва обучителна дейност на студенти по медицина;

д) извършва обучителна дейност на специализанти по психиатрия в рамките на клиничната ротация по детска психиатрия;

е) извършва обучителна дейност на специализанти по детска психиатрия съгласно обучителна програма;

ж) извършва обучение на лекари, специализиращи "обща медицина";

з) извършва обучение на други специалисти - психолози, логопеди, специални педагози, социални работници, медицински сестри и др.;

и) оказва методична помощ на други детско-юношески психиатрични заведения.

3. Основни диагностично-терапевтични изисквания в детската психиатрия

1. Психотични разстройства - шизофрения и афективни разстройства

1.1. Диагнозата и оценката изискват:

а) изследване от мултидисциплинарен екип в отделение за детско-юношеско психично здраве или детско (юношеско) психиатрично отделение;

б) консенсусно становище от поне двама детски психиатри.

1.2. Терапията е мултимодална и задължително включва съветване на родителите (психообучителна терапия).

1.3. Психофармакологичната терапия в острата фаза на заболяването, респективно в епизода, се назначава от детски психиатър.

2. Генерализирани (първазивни) разстройства на психичното развитие.

2.1. Диагнозата и оценката изискват:

а) (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) изследване от мултидисциплинарен екип в отделение/клиника за детско-юношеско психично здраве; по клинични индикации изследването се провежда в детско (юношеско) психиатрично отделение/клиника;

б) консенсусно становище от поне двама детски психиатри.

2.2. Терапията е мултимодална и включва съветване на родителите, насочване към извънболнична продължителна рехабилитационна програма и/или специализирана училищна програма.

а) по индикации се провеждат поведенческа модификация и родителски тренинг;

б) психофармакологична терапия се провежда по клинични индикации и се назначава от детски психиатър.

3. Разстройство на дефицит на вниманието с хиперактивност - ADHD (включва хиперкинетично разстройство).

3.1. Диагнозата и оценката изискват изследване от мултидисциплинарен екип в отделение за детско-юношеско психично здраве.

3.2. Терапията е мултимодална и включва задължително съветване на родителите и насочване към училищна програма:

а) по индикации се провеждат родителски тренинг, поведенческа модификация, когнитивна терапия или трениране в социални умения на детето;

б) психофармакологичната симптоматична терапия се провежда по клинични индикации и не може да бъде единствен терапевтичен компонент; тя се назначава от детски психиатър.

4. Тревожни и емоционални разстройства и други психични разстройства, характерни за детска възраст.

4.1. Диагнозата се поставя от детски психиатър или психиатър след консултация с детски психиатър. Диагнозата може да се постави в доболничната помощ, но при наличие на комплицираност (коморбидност и/или съпътстващи психосоциални проблеми) се извършва оценка в отделение за детско-юношеско психично здраве.

4.2. Терапията е мултимодална и включва родителско съветване:

а) по индикации се провеждат когнитивно-поведенческа терапия на детето или семейноориентирана терапия;

б) психофармакологично лечение се извършва по индикации и се предписва от детски психиатър или се изисква консултация с детски психиатър.

IX. (Предишна част VIII, изм. и доп. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Лечение на специални групи пациенти

1. Медицинско обслужване на пациенти с рисково поведение.

1.1. Понятие за рисково поведение.

Рисково поведение е болестно обусловено поведение, застрашаващо пациента или околните.

а) пациентът е опасен за себе си, когато:

- е налице риск от самоубийство или самонараняване;
- не е способен без надзор и съдействие да задоволява свои жизнени нужди;
- може да си причини значителни имуществени вреди.

б) опасност за околните е налице, когато пациентът застрашава или уврежда личността, правата на гражданите, собствеността, установения от Конституцията правов ред в Република България или други интереси, защитени от правото.

1.2. Рисковото поведение на лицата с психични разстройства се оценява в три степени - висока, средна и ниска:

а) високата степен на риск се определя от две групи прояви на пациента:

- когато пациентът е извършил опасни действия, преценени като обществено опасно деяние, или
- когато интензивни болестни синдроми (императивни халюцинации, интензивни налудни синдроми, объркаост, страх, витална застрашеност, паратимия, кататонни прояви, епилептични еквиваленти и др.) изцяло владеят поведението му и го стимулират да извърши опасни действия (хипотетична обществена опасност);

б) средна степен на риск се приема, когато:

- пациентът е извършил обществено опасни действия, непреценени като тежки правонарушения, или
- при наличие на болестни синдроми, влияещи върху поведението му, но несвързани с опасност от непосредствено покушение срещу човек или върху себе си;

в) ниска степен на риск се приема, когато извършените обществено опасни действия са преценени като леки или когато влиянието на болестните синдроми върху поведението на пациента е ограничено и незначително.

Механизмът на поведението на психиатричния пациент се формира от интерференцията на четири основни фактора:

а) психопатологични стимули (позитивни болестни синдроми);

б) промени в реактивността и поведението вследствие на личностова промяна (негативни болестни синдроми);

в) преморбидни личностови параметри, и

г) фактори от микро- и макросоциалната среда (социализиращи и десоциализиращи).

При преценката на рисковите тенденции задължително се оценява активността и влиянието на всеки един от тези компоненти.

Позитивните психотични синдроми могат да овладеят поведението на пациента до пълно детерминиране. С нарастването на интензивността на психотичния синдром отслабва възможността за критично противопоставяне.

Личностовата промяна е свързана по-непосредствено с опасността от извършване на обществено опасни действия поради импулсивността на решенията и действията на пациента и поради етичната деформация, при която той престава да се съобразява с моралните и нормативните правила.

Пациентите с двойна диагноза са особено рисков контингент.

Рисковите тенденции в болестта са свързани по-непосредствено с два параметъра на предболестната личност:

а) преморбидно личностово разстройство, особено дисоциален или експлозивен тип, и

б) преморбидна асоциалност и/или антисоциалност.

Социалните фактори имат пряко или опосредствано влияние:

а) социализиращите фактори стимулират позитивен социален резонанс, просоциална ориентация, пълноценна адаптация и социализация, вкл. промоция на психичното здраве, своевременната диагностика и лечение, адекватното третиране, предотвратяването на релапс, психиатричната реадаптация и ресоциализация;

б) десоциализиращите фактори водят до дезадаптиране на пациента; това са негативни фамилни и парафамилни влияния и влияния на референтната група, битова и трудова неустроеност, ниска социална позиция, несвоевременно и непълноценно психиатрично обслужване, непълноценното лечение, подценяването на опасността, ранно изписване без осигурени възможности за реадаптация и ресоциализация, пренебрегване на сътрудничеството с други (немедицински) служби и институции.

1.3. Етични аспекти.

1. Първостепенна цел в професионалната роля на психиатъра при обслужването на пациенти с рисково поведение е изследването и преодоляването на риска, чиято експертна оценка е особено предизвикателство за професионалната компетентност и моралната устойчивост на психиатъра.

2. При реализираната обществена опасност (третирана по НК и НПК) позицията на психиатъра е ясна, пациентът се е проявил антисоциално и единствената му перспектива е настаняването на лечение (когато не подлежи на друга санкция).

Оценката на потенциалната обществена опасност (третирана по ЗЗ) е вероятностна, с много висок процент грешка. Предметът на тази оценка е комплексен и често компетентността на психиатъра не е достатъчна. Психиатърът може да се окаже подложен на натиск от институциите за социален контрол (правоохранителни и правораздавателни органи, социални служби и др.), които се стремят да го ангажират в

невъзможна категоричност в отговора на въпросите относно риска. Психиатърът като експерт на обществено опасното поведение неизбежно попада в конфликта между социалните си роли на хуманист и строг гражданин. Основно задължение на лекаря е да съблюдава строго клиничната си компетентност и да не се оставя да бъде увличан прекомерно в социалния контрол.

3. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) При лечение на психиатричния пациент се зачитат неговите човешки и граждански права. Установяването на рискови тенденции не го поставя в неравностойно положение спрямо останалите пациенти нито при диагностицирането, нито при лечението му.

Обслужването му се извършва по всички правила на медицинската професия, при спазване на изискванията на добрата медицинска практика.

Рискът се съобразява единствено при определяне на мястото за провеждане на лечение - в лечебно заведение за болнична помощ с висока степен на сигурност, в психиатрично отделение/клиника, при полустационарни условия или амбулаторно.

1.4. Граници на дейностите.

1. Обществено опасното поведение, което феноменологично е много сходно и при антисоциалните индивиди, и при психично болните, при рисковите пациенти е свързано пряко или опосредствено с болестта. Разграничаването на категориите реализирана и хипотетична обществена опасност определя само ретроспективната или проспективната оценка на риска.

2. Оценката на вида и степента на реализираната обществена опасност (извършено антисоциално действие) е от компетентност на правните органи. Психиатърът може само да прави оценка на механизмите на поведението на пациента и относно участието на болестни стимули, както и да изяснява необходимите медицински мерки за корекция и превенция на опасността от рецидивни антисоциални прояви.

3. При хипотетичната обществена опасност (без да е извършено опасно действие) основната трудност идва от обстоятелството, че от психиатъра се очаква категорично заключение на базата на вероятностна оценка на болестно поведение, с възможност тази опасност да бъде или субективно хипертрофирана, или омаловажена.

4. Основните професионални задължения за психиатъра при работа с обществено опасни пациенти са нормативно фиксирани (НПК и НК при реализираната обществена опасност и ЗЗ при хипотетичната). Терминологичното различие между принудително и задължително лечение на обществено опасните пациенти няма клинични разграничители. И при двата вида лечение се прилага правно регулирана психиатрична принуда с общ субект - рисковия пациент.

1.5. Обслужване на пациенти с рисково поведение.

1. В този стандарт практическите действия спрямо рисковите пациенти в системата на здравеопазването се конкретизират в следните дейности:

а) общопрактикуващият лекар или лекарят непсихиатър насочва незабавно вероятния рисков пациент към специалист психиатър за преценка на състоянието му и на евентуалната опасност;

б) специалистът психиатър при амбулаторни условия прави експресна оценка на риска по два паралелни метода - клинично и с въпросника "Критерии за първоначална оценка на риска", и уточнява неговата степен - висока, средна или ниска; степента на риска определя действията на психиатъра.

2. Критерии за първоначална оценка на риска:

I. Болестни прояви към момента на изследването/освидетелстването:

I.I. Свързани с психотични синдроми:

1. агресивно или автоагресивно поведение;
2. кататонна възбуда;
3. психомоторна възбуда;
4. обърканост;
5. негативизъм;
6. дисимулация;
7. императивни халюцинации;
8. налудни синдроми, владеещи поведението;
9. витална застрашеност;
10. паратимия;
11. епилептични еквиваленти;
12. други интензивни психотични синдроми;
13. честа и бърза смяна на синдромите (изразена динамика);
14. некритичност.

I.II. Свързани с личностова промяна:

1. импулсивност;
2. експлозивност;
3. агресивна зареденост;
4. паратимия;
5. етична деградация;
6. когнитивен дефицит.

II. Ситуативни прояви към момента на изследването/ освидетелстването:

1. извършено агресивно действие;
2. прекъснато от външни фактори агресивно действие;
3. спонтанно агресивно поведение;
4. провокирано агресивно поведение;
5. провокативна/конфликтна семейна среда;
6. изоставяне на пациента от семейството и близките му;
7. прекъсване на лечението;
8. начало (поява) или засилване на употребата на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти;
9. конфликтни взаимоотношения с вероятната жертва;
10. резки промени в социалното, битовото и финансовото състояние;
11. високорискови намерения, планиране и/или поведенчески прояви.

III. Обстоятелства от биопатографията на пациента:

1. предходни криминални прояви;
2. предходни настанявания на принудително/задължително лечение;
3. предходни спешни хоспитализации;
4. фамилна анамнеза за агресивни и/или автоагресивни модели за справяне;
5. криминално проявено семейство;
6. мъжки пол;
7. непълноценно семейство (сирак, развод, изоставяне, други сходни);
8. затруднения в социалната адаптация (без образование, без професия, без жилище, без доходи);
9. разрушение на съществуващи в миналото взаимоотношения;

10. склонност или употреба на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти;

11. тежка преморбидна личностова патология (импулсивност, експлозивност, агресивност);

12. обучителни затруднения, ниско образователно ниво;

13. когнитивен дефицит.

IV. Социални фактори, затрудняващи възможностите за ресоциализация, валидни към момента на изследването/освидетелстването:

1. отсъствие на адекватно лечение и/или на съдействие за лечение;

2. живее сам или в непълно семейство;

3. провокативна/конфликтна семейна среда;

4. остри актуални стресори (загуба, географско преместване, физикални или терминални заболявания);

5. финансова и битова необезпеченост;

6. трайно загубена трудоспособност;

7. безработен;

8. криминално проявено семейство;

9. отсъствие на партниране на семейството в боледуването;

10. отсъствие на годност на семейството за грижи;

11. отсъствие на референтна (приятелска, подкрепяща) среда;

12. асоциална референтна среда;

13. конфликтни взаимоотношения с вероятната жертва.

V. Психологични фактори към момента на изследването/ освидетелстването:

1. набелязване на потенциални жертви;

2. дълбока личностова промяна;

3. експлозивност;

4. враждебност;

5. отсъствие на емпатия;

6. обичайно агресивно поведение;

7. липса на самоконтрол;

8. некритичност;

9. мирогледни възгледи, връзка с етнически или психокултурални социални групи, изповядващи агресия;

10. ситуации, довели до посттравматичен стрес (причиняване на смърт при ПТП, участие във военни действия и други сходни);

11. виктимизация или нарцистична рана в миналото.

2.1. Указания:

а) тези критерии имат указателен характер и се преценяват индивидуално за всеки пациент съобразно източника на информация и неговата надеждност, необходимостта от консултации и от прилагането на специфични интервенции;

б) някои от тях сами по себе си налагат спешна хоспитализация (агресивно или автоагресивно поведение, психомоторна възбуда, объркаост, помрачение на съзнанието);

в) при положителен отговор на въпросите, всеки критерий се оценява с 1 точка.

При общ сбор от 35 и повече точки се приема, че рискът от опасни прояви е висок и пациентът се настанява по спешност. При общ сбор между 20 и 34 се приема, че рискът е от умерена степен и се прави предложение за принудително/задължително лечение. Под 20

точки се обсъжда провеждане на лечение без принуда, със съдействието на близките на пациента.

2.2. За оптимална оценка на риска, особено при съдебно психиатрична експертиза се прилагат и психологични изследвания, извършвани от клинични психолози относно личностовите психологични параметри, свързани с риска:

2.2.1. Умствена компетентност:

- разстройства на психичните процеси (внимание, памет, мислене);
- дефицити в интелектуалния процес.

2.2.2. Емоционална компетентност:

- незрели емоции, повърхностни и плитки емоции;
- нисък праг на раздраза; бърз интензитет на негативни емоции с експлозивност;
- загуба или липса на самоконтрол върху импулсивното поведение;
- ригидност на негативния афект;
- липса на състрадателност (емпатия), липса на емоционален резонанс;
- липса на чувство за вина;
- нарцистичност, невъзможност за емоционално свързване; чувство за превъзходство и грандиозност;
- емоционална нестабилност на самооценката с променливи чувства за изоставеност, ненужност, празнота, суицидни пориви и враждебност.

2.2.3. Социална компетентност:

- разстройства и неизградени комуникативни умения: затруднена комуникация до невъзможност за приятелски контакти; проблем с лидерство; манипулативност;
- социално неприемливи норми на поведение; антисоциални мирогледни възгледи; житейска позиция на враждебност и възмездяване; стил на обичайно агресивно поведение, присъщо и на родители или други членове в семейството; приобщаване към стила на живот на банди, групи с антисоциално поведение или терористични действия;
- неефективни стратегии за справяне с проблемни житейски ситуации чрез противопоставяне, действия с насилие или злоупотреба с психоактивни вещества;
- невъзможност за прогнозиране в перспектива, няма планове за бъдещето; действия без обмисляне на последиците; не може да използва собствения си опит при решаване на проблемни ситуации.

Прилагат се и специализирани тестове за когнитивни процеси и интелект, въпросници за агресивност, импулсивност и гняв и проективни методики.

2.3. В зависимост от степента на риска психиатърът извършва следното:

а) при висока степен на риск настанява пациента в психиатричен стационар по спешност;

б) при средна степен на риск прави опит да склони пациента да постъпи на лечение в стационар и ако не успее - уведомява близките на пациента и съда (прокуратурата) за състоянието му с оглед необходимостта от лечение;

в) при ниска степен на риск прави опит да склони пациента да започне лечение (в стационар или амбулаторно) и ако не успее - уведомява близките му за необходимостта от лечение.

2.4. При провеждане на лечение на пациент, настанен със съдебно решение, психиатърът периодично преосвидетелства пациента и в зависимост от повлияването на заболяването и на риска прави предложение за продължаване на лечението при условия с повишена сигурност (завишен риск), за продължаване на лечението при същите условия (неповлиян риск), за продължаване на лечението при намаляване на ограниченията

(редуциран риск) или за прекратяване на лечението (преодолян риск), съобразно "Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване".

3. Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване.

I. Болестни феномени, валидни към момента на преосвидетелстването:

I.I. Свързани с психотични синдроми:

1. неблагоприятно протичане на болестта или влошаване;
2. терапевтична резистентност;
3. агресивно или автоагресивно поведение на фона на лечение;
4. психомоторна възбуда на фона на лечение;
5. объркаост на фона на лечение;
6. негативизъм на фона на лечение;
7. дисимулация на фона на лечение;
8. императивни халюцинации на фона на лечение;
9. налудни синдроми, владеещи поведението на фона на лечение;
10. витална застрашеност на фона на лечение;
11. паратимия;
12. други интензивни психотични синдроми;
13. синдроми, владеещи поведението на пациента на фона на лечение;
14. честа и бърза смяна на синдромите (изразена динамика);
15. некритичност.

I.II. Свързани с личностова промяна:

1. импулсивност;
2. експлозивност;
3. агресивна зареденост;
4. паратимия;
5. етична деградация;
6. когнитивен дефицит.

II. Ситуативни личностово-поведенчески прояви в периода на лечение и към момента на преосвидетелстването:

1. спонтанно или провокирано агресивно поведение на фона на лечение;
2. конфликтни взаимоотношения (персонал, пациенти, близки и др.);
3. отказ от провеждане на лечение;
4. негативизъм;
5. дисимулация;
6. некритичност;
7. нарушения на предписаните лечение и режим;
8. опасни намерения, планиране и/или прояви на агресия и/или автоагресия;
9. опити или осъществени бягства от болницата.

III. Обстоятелства от биопатографията на пациента:

1. предходни криминални прояви;
2. предходни настанявания на принудително/задължително лечение;
3. фамилна анамнеза за агресивни и/или автоагресивни модели;
4. криминално проявено семейство;
5. непълноценно семейство;
6. провокативна семейна среда;
7. затруднения в социалната адаптация, несвързани със заболяването;
8. разрушаване на съществуващи в миналото взаимоотношения;

9. тежка преморбидна личностова патология;

10. мъжки пол;

11. склонност или употреба на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти;

12. обучителни затруднения, ниско образователно ниво;

13. когнитивен дефицит.

IV. Социални фактори, затрудняващи възможностите за ресоциализация, валидни към момента на преосвидетелстването:

1. отсъствие на възможност за пълноценно провеждане на амбулаторно лечение;

2. отсъствие на възможност за партниране от семейството и близките при лечението и обгрижването;

3. живее сам или в непълно семейство;

4. провокативна/конфликтна семейна среда;

5. изоставяне на пациента от семейството и близките;

6. остри актуални стресори към момента на преосвидетелстването (загуба, физикални или терминални заболявания);

7. финансова и битова необезпеченост;

8. трайно загубена трудоспособност;

9. безработен;

10. криминално проявено семейство;

11. отсъствие на референтна (приятелска, подкрепяща) среда;

12. асоциална референтна среда.

V. Психологични особености към момента на преосвидетелстването:

1. дълбока личностова промяна;

2. експлозивност, враждебност;

3. отсъствие на емпатия;

4. обичайно агресивно поведение;

5. липса на самоконтрол;

6. недооценка на състоянието;

7. мирогледни възгледи, връзка с етнически или психокултурални социални групи, изповядващи агресия.

3.1. Указания:

а) тези критерии имат указателен характер и се преценяват индивидуално за всеки пациент съобразно източника на информация и неговата надеждност, необходимостта от консултации и от прилагането на специфични интервенции;

б) при положителен отговор на въпросите, всеки критерий се оценява с 1 точка.

При общ сбор над 25 точки се предлага условията на лечението да се променят към по-висока степен на сигурност, в зависимост от клиничните критерии. При общ сбор 15 - 24 точки се приема, че рискът продължава да е висок и пациентът следва да остане при същите условия на лечение. При сбор 10 - 14 точки се предлага провеждане на полустационарно или амбулаторно лечение.

Предложение за прекратяване на принудително/задължително лечение може да се направи само ако сборът от оценката на критериите е по-малко от 10.

3.2. За оптимална оценка на риска при преосвидетелстване се прилагат и психологични изследвания, извършвани от клинични психолози относно личностовите психологични параметри, свързани с риска:

3.2.1. Умствена компетентност:

- разстройства на психичните процеси (внимание, памет, мислене);

- дефицити в интелектуалния процес.

3.2.2. Емоционална компетентност:

- незрели емоции, повърхностни и плитки емоции;

- нисък праг на раздраза; бърз интензитет на негативни емоции с експлозивност;

- загуба или липса на самоконтрол върху импулсивното поведение;

- ригидност на негативния афект;

- липса на състрадателност (емпатия), липса на емоционален резонанс;

- липса на чувство за вина;

- нарцистичност, невъзможност за емоционално свързване; чувство за превъзходство и грандиозност;

- емоционална нестабилност на самооценката с променливи чувства за изоставеност, ненужност, празнота, суицидни пориви и враждебност.

3.2.3. Социална компетентност:

- разстройства и неизградени комуникативни умения: затруднена комуникация до невъзможност за приятелски контакти; проблем с лидерство; манипулативност;

- социално неприемливи норми на поведение; антисоциални мирогледни възгледи; житейска позиция на враждебност и възмездяване; стил на обичайно агресивно поведение присъщо и на родители или други членове в семейството; приобщаване към стила на живот на банди, групи с антисоциално поведение или терористични действия;

- неефективни стратегии за справяне с проблемни житейски ситуации чрез противопоставяне, действия с насилие или злоупотреба с психоактивни вещества;

- невъзможност за прогнозиране в перспектива, няма планове за бъдещето; действия без обмисляне на последиците; не може да използва собствения си опит при решаване на проблемни ситуации.

Прилагат се и специализирани тестове за когнитивни процеси и интелект, въпросници за агресивност, импулсивност и гняв и проективни методики.

3.3. Психиатричната оценка на риска е основен предмет на съдебно-психиатричната експертиза. Експертизата се възлага от съда (прокуратурата, следствието). В експертното заключение следва да се уточни степента на риска (висока, средна или ниска) и да се предложат необходимите медицински мерки за неговото овладяване - лечение в лечебно заведение за болнична помощ с висока степен на сигурност, в психиатрично отделение, при полустационарни условия или амбулаторно.

3.4. Оценка на риска се прави и при пациенти, постъпили на доброволно лечение, които настояват да бъдат изписани преди стабилизиране на състоянието им. При установяване на рискови тенденции задължително се информират близките на пациента и се прави предложение до съда (прокуратурата) относно необходимостта от лечение.

3.5. Лечението на пациенти, настанени със съдебно решение, се редуцира постепенно, като от лечение при условия с висока степен на сигурност се преминава към лечение в психиатрично отделение, последвано от полустационарно лечение и накрая продължително амбулаторно лечение. Това осигурява прецизен контрол върху рисковите тенденции. Продължителността на всяка фаза няма фиксиран срок и се определя от динамиката на заболяването, състоянието на пациента, овладяването на риска и възможностите за ресоциализация, съобразно "Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване".

При влошаване на състоянието на пациента и увеличаване на риска се прави предложение за провеждане на лечение при по-висока степен на сигурност.

3.6. За всеки пациент, настанен със съдебно решение, изписан след прекратяване на лечението, се изпраща епикриза на личния му лекар и на психиатъра от извънболничната психиатрична служба с указания за последващо наблюдение и лечение.

1.6. Нива на третиране на пациенти с рисково поведение

Ниво 1

Общопрактикуващ лекар или специалист непсихиатър.

1. Общопрактикуващият лекар (ОПЛ) и специалистът непсихиатър са обучени и умеят:

- да разпознават основните психиатрични синдроми и болестни отклонения в поведението на пациента;
- да общуват с неадекватния психиатричен пациент;
- да споделят с придружаващите го лица (ако има такива) опасенията си за психично заболяване и за необходимите консултации.

2. ОПЛ и специалистът непсихиатър следва да имат на разположение:

- телефонна връзка с психиатър или психиатрично или друго спешно звено;
- телефонна връзка с най-близкото подразделение на МВР за незабавна помощ.

3. При допускане за рисково поведение или при възбуден и вероятно агресивен пациент ОПЛ и специалистът непсихиатър извършват следното:

- осигуряват присъствие на трето лице;
- търсят помощ от психиатър или от психиатрично или друго спешно звено, или от най-близкото подразделение на МВР.

По-нататъшното обслужване на рисковия пациент се осъществява от психиатър или от служители на МВР.

Ниво 2

Психиатър в амбулаторни условия

1. Психиатърът в Диагностично-консултативен блок на лечебно заведение за болнична помощ или извънболнична специализирана помощ е обучен и умее:

- да разпознава и овладява спешни психиатрични състояния, в това число агресия и автоагресия;
- да спазва правилата за добра медицинска практика, да зачита правата на пациента и да прилага ограничения за пациента във възможния минимум,
- да изготвя психиатрични експертни заключения.

2. Той има телефонна връзка с психиатрично или друго спешно звено и с най-близкото подразделение на МВР за незабавна помощ.

3. При недвусмислено агресивно поведение на пациента (висока степен на риск) психиатърът извършва следното:

- преценява експресно дали със свои възможности може да се справи с риска;
- прави опит да овладее състоянието на пациента с медикаментозни или немедикаментозни средства;
- при необходимост осигурява друго лице за съдействие;
- при необходимост търси помощ от друг психиатър, от психиатрично или друго спешно звено или от най-близкото подразделение на МВР,
- ако е неизбежно, прилага ограничителни подходи и средства за овладяване на състоянието на пациента.

След поставяне на пациента под контрол лекарят оценява състоянието му клинично и с въпросника "Критерии за първоначална оценка на риска" и определя по-нататъшните си действия:

- (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) да настани пациента в психиатрично отделение/клиника по спешност; в този случай той информира съда (прокуратурата) за възбуждане на процедура за задължително лечение;

- (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) да настани пациента в психиатрично отделение/клиника планово;

- да се ангажира с амбулаторно лечение.

3.1. При обслужването на такива пациенти, ако са прилагани медикаменти парентерално без съгласието на пациента или при използване на средства за физическо ограничаване, след овладяване на възбудата и след насочването на пациента (към психиатричен стационар или другаде), лекарят изготвя доклад с подробно описание на:

- състоянието и поведението на пациента;

- необходимостта от спешна намеса;

- приложените лечебни методи, медикаменти и дозировки;

- насочването на пациента;

- евентуалното уведомяване на правните органи.

Този доклад се съхранява в нарочен архив и при възможност се подписва от второ присъствало лице.

4. При вероятно агресивно поведение у пациента (средна степен на риск) лекарят първоначално:

- прави опит да овладее състоянието на пациента с медикаментозни или немедикаментозни средства;

- при необходимост осигурява присъствие на друго лице в кабинета си;

- при необходимост търси помощ от психиатрично или друго спешно звено или от най-близкото подразделение на МВР.

4.1. След овладяване на състоянието на пациента:

- оценява състоянието на пациента клинично и по въпросника "Критерии за първоначална оценка на риска";

- определя по-нататъшните си действия:

- да се справи самостоятелно амбулаторно при нисък риск;

- да настани пациента в психиатричен стационар при обичайни условия при умерен риск.

5. При предполагаемо рисково поведение (ниска степен на риск) лекарят извършва аналогични действия, като приоритетно обсъжда провеждането на амбулаторно лечение.

Ниво 3

Психиатър в стационар

1. Обслужването в психиатричен стационар на пациенти с рисково поведение се извършва от мултидисциплинарен екип с участието на специалисти от областта на психиатрията, клиничната психология, социалната работа, психиатричното сестринство и рехабилитацията. При необходимост към екипа се привличат и други специалисти.

2. Лекарят е лидер и формира, обучава и ръководи екипа, поддържа висока квалификация на всички участници, организира режим, адекватен на контингента болни.

3. Той има на разположение:

- набор от медикаменти и средства за овладяване на спешни психиатрични състояния;

- телефонна връзка с най-близкото подразделение на МВР, от където при необходимост да получи незабавна помощ.

4. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Организацията на работата в стационара (самостоятелни отделения/клиники) е съобразена с различните нива на риск от опасни прояви у пациентите и включва:

- предварително обучение на персонала за разпознаване на рисково поведение,
- предварително обучение на персонала за овладяване на рисково поведение,
- предварително обучение на персонала за опазване на правата на пациентите и изискванията на добрата медицинска практика,
- осигурени възможности за бързо овладяване на рисково поведение чрез:
- незабавно включване на предварително обучени лица от други отделения на здравното заведение или на лица с охранителни функции,
- максимално бърза намеса на органите на МВР, при необходимост.

5. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Лекарят в психиатричен стационар провежда лечение след получаване на информирано съгласие от пациента. Това правило се отнася и за пациентите, настанени за експертно освидетелстване.

5.1. Лечение без съгласието на пациента може да се провежда само ако той със съдебно решение е настанен на лечение. Лечението на тези пациенти е идентично с лечението на всички други пациенти, съобразно естеството на заболяването, постиженията на науката, с модерни средства и методи, при зачитане на правата им и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика.

6. В случай, че пациентът е постъпил на лечение доброволно и настоява да бъде изписан, без да е налице пълноценен терапевтичен резултат, лекарят извършва следното:

- изследва пациента клинично и с въпросника "Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване":
- при ниски стойности по въпросника (под 10) изписва пациента;
- при по-високи стойности лекарят/ръководителят на заведението информира близките на пациента и съда/прокуратурата за необходимостта от лечение.

7. При недвусмислено и реално рисково поведение на пациента (висока степен на риск) лекарят:

- екстрено преценява дали с възможностите на екипа може да овладее и контролира поведението на пациента или трябва да търси незабавна помощ;
- поставя като първа цел овладяването на поведението на пациента, неговата сигурност и сигурността на околните чрез прилагането на медикаментозни, немедикаментозни или други средства;
- ако е неизбежно, прилага ограничителни средства;
- при необходимост търси незабавна помощ от най-близкото подразделение на МВР или други охранителни органи;
- след овладяване на рисковата ситуация попълва въпросника "Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване";
- в зависимост от получените резултати по въпросника и от динамиката на състоянието и поведението на пациента определя по-нататъшните действия на екипа:
- самостоятелно справяне, със или без активизиране на терапията, със или без прилагане на временни ограничаващи средства, със или без ограничаване на режима на пациента (до 25 точки);
- осигуряване на допълнителна помощ от органите на МВР или друг вид охрана до окончателно овладяване на рисковото поведение на пациента (над 25 точки).

7.1. При парентерално прилагане на медикаменти без съгласието на пациента или при използване на средства за физическо ограничаване, лекарят вписва в медицинската документация (ИЗ) подробен декурзус/протокол с описание на:

- състоянието и поведението на пациента;
- необходимостта от спешна намеса;
- приложените средства, методи, медикаменти и дозировки;

Този протокол се подписва поне от още един член на екипа.

8. При вероятно рисково поведение у пациента (средна степен на риск), решенията и действията на лекаря и екипа са идентични, но с по-умерена интензивност.

9. При предполагаемо рисково поведение у пациента (ниска степен на риск) пациентът се поставя под повишено наблюдение без промени в лечебния режим.

Ниво 4

Психиатър в стационар с висока степен на сигурност

1. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Работата на лекаря в отделение (клиника) при условията на висока степен на сигурност е аналогична с работата на лекаря в психиатрично отделение/клиника, но при осигурени възможности за незабавно преодоляване на риска от особено опасни прояви на пациентите.

2. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Лекарят поддържа висока специфична квалификация на участниците в екипа за работа с високорискови пациенти, организира специализиран режим на работа, извършва прецизен подбор на кадрите и осигурява постоянни допълнителни мерки за сигурност.

3. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) В допълнение към условията на работа в психиатрично отделение/клиника, в специализираното отделение(клиника) и/или в дейността за високорискови пациенти са осигурени:

- сигнална уредба за незабавна помощ от района на болничното заведение;
- постоянен визуален или дистанционен мониторинг;
- постоянна допълнителна охрана в отделението;
- директен телефон за връзка с най-близкото подразделение на МВР за незабавна помощ;
- набор от медикаменти и средства за овладяване на спешни психиатрични състояния;
- предварително обучение на персонала за разпознаване на високорисково поведение;
- предварително обучение на персонала за овладяване на високорисково поведение;
- предварително обучение на персонала за опазване на правата на пациентите и изискванията на добрата медицинска практика.

4. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) В психиатрично отделение/клиника и/или при дейността с висока степен на сигурност пациентите могат да бъдат настанени по спешност, насочени от съда/прокуратурата за експертна оценка или настанени за лечение със съдебно решение:

а) пациентите, настанени по спешност, могат да бъдат лекувани без тяхно съгласие само до преодоляване на спешността, при зачитане на правата им и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика;

б) пациентите, настанени за експертна оценка, могат да бъдат лекувани след заявено съгласие; при висок риск в поведението им те могат да бъдат третирани като

спешни пациенти само до овладяване на опасните прояви, при зачитане на правата им и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика;

в) на пациентите, настанени на принудително)/задължително лечение с влязло в сила съдебно решение, се прилага лечение, идентично с лечението на другите пациенти, съобразно заболяването им, при зачитане на правата им и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика.

5. При промяна в състоянието и поведението на пациента и при възникване на непосредствена реална опасност от агресия лекарят извършва следното:

- екстрено преценява дали с възможностите на екипа може да се справи с поведението на пациента;
- поставя като първа цел овладяването на рисковото поведение на пациента, неговата сигурност и сигурността на околните;
- организира действия на екипа за овладяване на пациента с медикаментозни, немедикаментозни или други средства;
- ако е неизбежно, прилага ограничителни средства;
- при необходимост търси незабавна помощ от най-близкото подразделение на МВР или други охранителни служби;
- след овладяване на рисковата ситуация попълва въпросника "Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване";
- в зависимост от получените резултати и от динамиката на състоянието и поведението на пациента определя по-нататъшните действия на екипа:
- самостоятелно справяне със или без активизиране на терапията, със или без прилагане на временни ограничаващи средства, със или без ограничаване на режима на пациента;
- осигуряване на допълнителна помощ от органите на МВР или други охранителни служби до овладяване на рисковото поведение на пациента.

6. При парентерално прилагане на медикаменти без съгласието на пациента или при използване на средства за ограничаване лекарят вписва в медицинската документация (ИЗ) подробен декурзус/протокол с описание на:

- състоянието и поведението на пациента;
- необходимостта от спешна намеса;
- приложените средства, методи, медикаменти и дозировки.

Този протокол се подписва поне от още един член на екипа.

1.7. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Настаняване на пациенти в психиатрично отделение/клиника по спешност.

1. (изм. - ДВ, бр. 69 от 2010 г., в сила от 03.09.2010 г., изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Спешната психиатрична помощ е специализирана психиатрична помощ. Тя се извършва от обучени екипи и специалисти.

Спешната психиатрична намеса се инициира от психиатрични и други здравни служби или от немедицински институции и се оказва от центровете за спешна медицинска (спешна психиатрична) помощ, центрове за психично здраве и психиатрични стационари (отделения/клиники, болници и клиники).

2. Насочването на психиатричния пациент за спешна хоспитализация става от специалист психиатър при установяване на висока степен на риск.

Настаняването в психиатричен стационар се извършва от специализирани спешни психиатрични екипи или от центровете за спешна и неотложна медицинска помощ. При необходимост те търсят помощ от органите на МВР.

Спешният екип уведомява съда/прокуратурата за насочването на пациента към психиатричен стационар.

По изключение други лица или органи (близки, полиция, други) довеждат пациента до психиатричния стационар.

3. Спешната психиатрична помощ включва диагностични и лечебни процедури.

- диагностичните процедури изискват спешно изясняване на състоянието на пациента и свързаните с това рискове за него и околните;

- за временно овладяване на спешното болестно състояние и за предотвратяване на непосредствения риск преди настаняването на пациента в стационара при необходимост могат да се прилагат краткотрайни интервенции и лечение, определени от специалист - психиатър, при зачитане на правата на пациента и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика.

4. При спешното настаняване е желателно да се избягва прилагането на мерки за ограничаване на пациента, доколкото състоянието, поведението му и рискът за него и за околните не налагат друго. Приложените методи и средства се описват в журнал на спешния екип.

5. Спешното настаняване в психиатричен стационар представлява ограничаване на правата и свободите на пациента в интерес на неговото здраве и сигурност и за гарантиране на здравето и сигурността на околните:

- спешният екип носи отговорност за прилаганите медицински и други въздействия спрямо пациента само до настаняването му в психиатричния стационар;

- след настаняване в стационар отговорността за ограничаването на правата на пациента и за прилаганите мерки носи ръководителят на болницата/отделението, където е настанен пациентът.

6. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) След постъпване на пациента в психиатрично отделение/клиника приемащият лекар предприема незабавни диагностични и лечебни мерки за изясняване и овладяване на състоянието му и за преодоляване на риска, при зачитане на неговите права и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика. При необходимост лекарят търси съдействие от органите на МВР и разпорежда да се прилагат временни ограничителни мерки. Той уведомява незабавно близките на пациента за приемането му.

7. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) След спешно настаняване на пациент в психиатрично отделение/клиника без негово съгласие, до изтичането на 24 ч. ръководителят на болничното заведение организира клинична конференция за изясняване на състоянието и третирането на пациента и уведомява съда/прокуратурата за спешното настаняване.

Медицинската справка съдържа подробно описание на болестните прояви на пациента и свързания с тях риск за него или за околните. В нея се изразява мнение относно необходимостта от разкриване на процедура за задължително/принудително лечение. Медицинската справка следва да бъде доставена в съда/прокуратурата от нарочен куриер, който незабавно да получи обратно становище. При невъзможност за своевременно изпращане на медицинската справка, болничното заведение уведомява съда/прокуратурата чрез факс или по телефона. Текстът на факса или уведомяването по телефона се регистрира в ИЗ.

Наименование на болничното заведение с психиатричен стационар

ДО

РАЙОНЕН СЪД/ПРОКУРАТУРА
Гр.
.....
.....
(по местоположение на психиатричния
стационар)

МЕДИЦИНСКА СПРАВКА

На ..... в стационара на
.....
(дата, час)(лечебно заведение)
бе настанен(а) по спешност
.....
.....
.....
(име на пациента)
ЕГН ..... от
.....
(адрес)
доведен от
.....
.....
(настаняващ орган - спешно звено, спешно
психиатрично звено, органи на МВР, други)
Пациентът е настанен в психиатричния стационар поради
.....
.....
.....
(описват се подробно обстоятелствата, предизвикали наста-
няването на лицето в психиатричния стационар)
От направената справка в архива на
.....
.....
.....
(амбулаторно, диспансерно или болнично заведение)
се изясни, че пациентът(ката) се (не се) води на учет и
е (не е) провеждал лечение с диагноза
.....
При първоначалното психиатрично изследване се уста-
нови:
.....
.....
.....
.....

.....
.....

(описват се подробно болестните прояви на пациента,
свързаните с тях отклонения в поведението)

Синдром:
.....
.....

Диагноза:
.....
.....

Налага се задържане на
.....

(трите имена)

в психиатричен стационар поради
.....
.....
.....

(описват се рисковите моменти съобразно заболяването и
поведенческите особености)

Моля за Вашето становище относно задържането на пациента(ката) в психиатричния стационар и относно провеждането на експертно освидетелстване за задължително/принудително лечение.

Дата
.....
.....

Гр.(с.) Подпис:
....
....

(населено място, където е разположен психиатричният стационар) (име, длъжност)

8. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Ако лечебното заведение не получи становище от съда/прокуратурата за задържане и освидетелстване на пациента, след овладяване на болестните прояви, предизвикали спешното настаняване, той следва да бъде освободен, освен ако не изрази желание да се лекува доброволно.

9. По-нататъшното третиране на пациента, приет по спешност, е съобразно правния му статус.

1.8. Експертиза на рисково поведение.

1. Експертизата на рисковото поведение е основен инструмент за оценка на това поведение, за изясняване на феноменологията, механизмите на възникването, интерферентните влияния на болест, личност и социална среда, както и на необходимите мерки за корекция и превенция на такова поведение.

2. Експертизата е медицинско-правен документ, в който медицинските специалисти изследват и анализират болестно-поведенческите прояви на пациента, за

разрешаване на правни въпроси. Експертизата се възлага на психиатричните специалисти от следствие, прокуратура или съд с нарочен документ (постановление, определение). Тези специалисти са задължени да извършат експертизата, освен ако нямат основателни причини за отвод, регламентирани от закона (НПК). Заключението на експертизата не е задължително за правните органи.

3. Експертиза се извършва във всички психиатрични служби в областта на съдебната психиатрия.

4. Експертизата е амбулаторна или стационарна.

Когато начинът на извършване на експертизата не е уточнен от възлагащия документ (постановление, определение), психиатричните служби договарят с пациента начина на извършване на експертизата.

Първоначално се договаря амбулаторно освидетелстване. Ако пациентът не спазва условията на договора за амбулаторно освидетелстване, експертите незабавно информират за това органа, назначил експертизата, и предлагат освидетелстването да бъде извършено при стационарни условия.

Пациентът може да бъде приет за експертиза при стационарни условия само ако е изразил писмено съгласие за това или ако съд (прокуратура) е разпоредил освидетелстването да се извърши стационарно.

5. Експертизата следва да бъде извършена в определен от закона срок. Когато този срок не е достатъчен за изготвяне на заключение, експертите имат право да поискат удължаване на срока за освидетелстване. Ако срокът за експертно освидетелстване не бъде удължен, пациентът следва да бъде освободен от задължението да участва в по-нататъшно изследване.

6. Експертизата изяснява няколко основни въпроса:

- при пациенти с реализирана обществена опасност основна област за анализ е оценката на риска и превенцията на повторни опасни действия чрез прилагането на принудително лечение (НК), наред с оценка на отговорността/неотговорността на пациента;

- при пациенти с хипотетична обществена опасност основна област за анализ е оценката на вероятния риск от извършване на опасни действия в непосредствено бъдеще, с цел прилагане на превантивни медицински мерки за преодоляване на този вероятен риск - задължително лечение (ЗЗ).

7. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) В зависимост от степента на риска, съобразно клиничните прояви и резултатите по "Критерии за първоначална оценка на риска", при първоначалното освидетелстване се предлага лечение при различни нива на сигурност:

- при висок риск - стационарно лечение за особено опасни болни;

- при средна степен на риск - стационарно лечение в затворено психиатрично отделение/клиника;

- при нисък риск - лечение при полустационарни условия или амбулаторно;

- при отсъствие на риск не се предлага лечение.

8. След приключване на освидетелстването пациентът следва да бъде освободен от психиатричния стационар. След приключване на експертното освидетелстване пациентът може да остане в психиатричен стационар само с разпоредителен документ от съд/прокуратура или ако изяви желание да остане доброволно.

Ако заболяването е съпроводено от висока или средна степен на риск, в заключението на експертизата аргументирано се предлага пациентът да пребивава в психиатричен стационар до влизане в сила на евентуално съдебно решение за лечение.

Когато състоянието на пациента отговаря на критериите за висок риск, при приключване на експертното изследване се предприемат действия за настаняването му по спешност.

9. Периодично, съобразно изискванията на закона, пациентите следва да бъдат преосвидетелствани. При преосвидетелстването се преценява степента на повлияване на заболяването и на риска и се обсъжда необходимостта от промяна на типа лечение или от продължаване или прекратяване на лечението, съобразно клиничните прояви и според резултатите по "Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване".

Когато се установи значителна промяна в степента на риска, на заболяването и поведението на пациента, експертите могат да го преосвидетелстват инцидентно преди изтичане на определения от закона срок и да предложат на съда/прокуратурата нови мерки и режим съобразно тази промяна.

10. Задачата при преосвидетелстването (редовно или инцидентно) е да се направи анализ на хода на заболяването и на актуалната степен на риск, съобразно клиничните прояви и по "Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване".

В зависимост от отговорите на тези въпроси се предлагат няколко типа експертни оценки и предложения:

- предложение за интензифициране на лечението и увеличаване на контрола върху пациента при влошаване на заболяването и увеличаване на риска чрез превеждане на пациента в стационар с по-висока степен на сигурност или чрез промяна от амбулаторно към стационарно лечение;

- предложение за запазване на типа лечение и режима (идентично с предходното ниво на сигурност) при отсъствие на промяна в състоянието на пациента и на степента на риска;

- предложение за облекчаване на ограниченията на режима при редуциране на болестните прояви, при тенденции към ресоциализация и намаляване на степента на риска;

- предложение за освобождаване от принудително/задължително лечение при преодоляване на болестните синдроми, достатъчна степен на ресоциализация и преодоляване на рисковите тенденции.

11. При пациенти, настанени за стационарна експертиза, по правило не се провежда лечение, освен ако те не са дали съгласие за това.

По изключение без съгласието на пациента може да се прилага лечение, както и да се предприемат временни ограничителни мерки спрямо него само при възникване на висок риск от действия, опасни за него или за околните, отговарящи на условията на спешност. При такива ситуации в медицинската документация се вписва подробен протокол с описание на заболяването и поведението на пациента, на риска и на предприетите мерки. Този протокол се подписва поне от двама от членовете на екипа.

12. (изм. - ДВ, бр. 92 от 2010 г.) Прецизното третиране на рисковите пациенти изисква намаляването на ограниченията в режима да е постепенно и да се преминава от лечение в специализирано отделение за особено опасни болни към лечение в психиатрично отделение, след това в полустационарни форми и накрая продължително амбулаторно лечение. Едва тогава се обсъжда освобождаване от принудително/задължително лечение, при добра социализация, съобразно клиничните прояви и по "Критерии за оценка на риска при преосвидетелстване".

13. Експертизата на опасното поведение се извършва при спазване на разпоредбите на закона - ЗЗ, НК, НПК, Наредбата за съдебно-медицинските, съдебно-психиатричните и съдебно-психологичните експертизи. Прецизната експертна оценка

предполага извършването на комплексни експертизи - с участието на психиатри и клинични психолози.

1.9. Провеждане на лечение на пациенти, които са насочени към психиатрично заведение след влязло в сила съдебно решение.

1. Настаняването на пациентите за лечение се извършва от извънболничните психиатрични служби. При необходимост психиатричните служби при настаняване на пациента търсят помощ от органите на МВР.

2. При постъпването на пациент се извършват обичайните действия за приемане на пациент в психиатричен стационар.

Особеното при приемането в психиатричен стационар на тези пациенти за лечение е, че поради очаквания висок риск от опасни прояви те следва да бъдат третирани задължително:

а) като пациент с повишен риск от възбуда, агресия и отказ от прием на медикаменти, при показания - повишен надзор за суицид, и

б) като пациент с висока степен на зависимост от грижи.

3. До третия ден от постъпването на пациент за лечение ръководителят на психиатричната служба организира клинична конференция за обсъждане на състоянието на пациента. Тогава се изготвя индивидуална терапевтична програма.

Основен аргумент при първоначалното структуриране на тази програма е рискът от опасно поведение и повишената нужда от грижи.

В следващите етапи на програмата, наред с оценката на риска и нуждата от грижи, все по-съществено значение придобиват дейностите по ресоциализацията на пациента.

4. Пациентите по правило се обслужват както всички останали пациенти в стационара, при зачитане на правата им и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика. Наличието на риск не е основание спрямо тях да се прилага по-рестриктивен режим или лечение с по-голяма интензивност и по-високи дозировки. Лечебните, рехабилитационните и ресоциализиращите процедури не се отличават от процедурите, прилагани при останалите пациенти.

5. Обстоятелството, че пациентът е настанен на лечение със съдебно решение, не е основание за ограничаване на правата му на свиждане, кореспонденция, придвижване, включване в култур- и трудотерапия и други дейности. Евентуалните ограничения в режима се определят само от параметрите на заболяването.

6. Лечението на пациенти, настанени на лечение, се определя от екипа, без да се търси информирано съгласие за това лечение. Всички останали процедури, които не са свързани пряко с лечението, се извършват по принципа на информираното съгласие.

2. Изисквания при лечение на разстройства на настроението (афективни разстройства) - депресии

Включват рубриките по Международната класификация на болестите (МКБ-10) - F.32, F.33, F.31, F.34.1, F. 43.2, F. 25.1, F.06.32.

1. Основни правила.

1.1. Общопрактикуващите лекари и неспециалистите по психиатрия могат да лекуват при амбулаторни условия самостоятелно леки до средно тежки депресивни разстройства, без суициден риск. За да могат да оценяват и лекуват депресивните разстройства според изискванията на добрата клинична практика, те следва да имат сертификат за обучение и успешно положени изпити в тази област.

1.2. Общопрактикуващите лекари и неспециалистите по психиатрия следва да ограничат лечението на депресивните разстройства в един курс на лечение с един антидепресант.

1.3. При неповлияване или неубедителен ефект пациентът следва да се оцени със специалист по психиатрия за по-нататъшно поведение.

1.4. Специалистът по психиатрия разполага с лимит от 8 амбулаторни курса на лечение по 6 седмици (не повече от 12 м.).

1.5. При липса на ефект от два курса по шест седмично лечение от специалист психиатър пациентът влиза в програма за терапевтична резистентност и се лекува в екип.

1.6. При липса на ефект от 48-седмично лечение в екип пациентът се третира като терапевтично резистентен и се хоспитализира.

1. 7. Във всички случаи на депресии се оценява суицидният риск.

2. Определение: психично разстройство, при което водещи са пониженото настроение, загубата на интереси, на способността за изживяване на радост, удоволствие, намаление на енергията, водещо до повишена уморяемост и спад на активността.

3. Диагнозата на депресията се поставя по наличието на главните и другите чести симптоми, по броя им, степента на изразеност и продължителност 2 седмици:

А) Главни симптоми	Б) Други чести симптоми
Потиснато настроение	Слабост на концентрацията
Безрадостност/загуба	Понижена себеоценка
на интереси	Чувство за вина
Снижени подтици	Затормозеност/
	неспокойствие
	Себеувреди
	Разстройства на съня
	Спад на апетита
	Намалено либидо
2 или 3 главни симптома	2 до 4 симптома да са
трябва да са налице	налице
Продължителност: минимум 2 седмици	

3.1. Симптоми на депресивния епизод по МКБ-10.

4. Видове депресии според тежестта.

4.1. Лек депресивен епизод (F 32.0, F 33.0):

а) налице са най-малко 2 от основните и най-малко два от другите симптоми;

б) никой симптом не трябва да е много изразен;

в) продължителност - над 2 седмици;

г) затруднено, но продължаващо функциониране.

4.2. Средно тежък депресивен епизод (F 32.1, F 33.1):

а) налице са най-малко 2 от основните и най-малко три (по-добре 4) от другите симптоми;

б) никой от симптомите не е много изразен;

в) продължителност - над 2 седмици;

г) силно затруднено функциониране.

4.3. Тежък депресивен епизод (F 32.2, F 33.2):

а) налице са 3-те от основните и 4 и повече от другите симптоми;

б) някои от симптомите са особено силно изразени при наличие и на потиснатост или ажитация;

в) продължителност - над 2 седмици, но при случаите, когато симптомите са особено тежки или се развиват с голяма бързина, диагнозата може да се постави и при по-кратка продължителност;

г) невъзможно функциониране.

4.4. Тежък депресивен епизод с психотични симптоми (F 32.3):

а) критериите от предната рубрика;

б) и налудности, и халюцинации.

5. Оценка на суициден риск:

5.1. Оценката на суициден риск следва да се усвои от всички ОПЛ, те трябва да бъдат обучавани и да полагат периодични изпити за повишаване степента на подготовка.

5.2. Висок риск от суицид има при:

а) мъжки пол;

б) възраст над 40 години;

в) самотници;

г) злоупотребяващи с алкохол или психоактивни субстанции;

д) фамилната обремененост със самоубийства;

е) предшестващи опити за самоубийство;

ж) рекурентна кратка депресия;

з) хронични соматични заболявания с лоша прогноза;

и) хронична болка;

й) отчаяние и остри стресови състояния.

5.3. При установяване на суициден риск се налага незабавна консултация с психиатър, с оглед преценка за поведението.

6. Лечение на депресиите.

6.1. Медикаментозната терапия изисква точна психиатрична и органномедицинска диагностика и се ориентира по синдромната характеристика.

6.2. При избора на антидепресантите се съобразява техният механизъм на действие (фармакодинамика), времето на полуживот, респ. начин на метаболизиране (фармакокинетика), както и токсичността при свръхдозиране.

6.3. Използват се антидепресанти, невролептици, тимостабилизатори, бензодиазепини, хормони, психостимуланти.

6.4. Електро-конвулсивна терапия:

6.4.1. Показания:

- тежки депресии (вкл. ажитирани);
- психотични депресии;
- при депресии с непосредствен суициден риск;
- депресии с отказ от храна;
- резистентни депресии;
- при старчески депресии;
- при нужда от бърз ефект по различни причини (напр. бременност);
- по желание на пациента;
- ЕКТ се прилага и в случаите, когато има ограничения за другите методи.

6.5. Сънна депривация.

6.6. Лечение със светлина.

6.7. Психотерапия:

6.7.1. психотерапевтичната интервенция зависи не само от тежестта и формата на заболяването, но и от психосоциалните фактори; психотерапията по правило не е нозоспецифична, поради което не може да се приеме, че отделна школа има по-добра ефективност спрямо другите;

6.7.2. психологичното консултиране и кризисните интервенции се осъществяват от дипломиран клиничен психолог; общопрактикуващ лекар или психиатър могат да интервенират в това ниво само ако имат съответната компетентност;

6.7.3. психотерапията е полезна по време на депресивен епизод и по време на ремисия, както при униполярна депресия, така и при биполярно афективно разстройство.

7. Лечение на терапевтично резистентни депресии (при телесно здрави пациенти и при липса на противопоказания).

7.1. Диагноза на терапевтично резистентни депресии:

7.1.1. липса на ефект при 2 терапевтични курса с антидепресанти с различен механизъм на действие;

7.1.2. в продължение на 6 седмици при оптимално дозиране (при възможност контрол на плазмените нива);

7.2. Терапия:

7.2.1. с антидепресанти: моно- или комбинирана - с различен профил на действие от предишните, съобразени със синдромните характеристики и страничните явления:

7.2.2. с комбиниране на антидепресанти и други антидепресивни агенти, изискващи допълнителни изследвания и контроли: тимостабилизатори, тиреоидни хормони, прекурсори на невротрансмитерите, невролептици с антидепресивен ефект, сънна депривация, светлинна терапия;

7.2.3. хоспитализация се налага при комбинации с други средства, изискващи специални условия и контроли: парентерално приложение, IMAO и антидепресанти, психостимуланти, невролептици, при налудни и суицидни пациенти, за електроконвулсивна терапия (ЕКТ);

7.2.4. на всеки 2 седмици състоянието се оценява в екипи;

7.2.5. на всеки 4 седмици се преразглежда диагнозата с консултанти; преценяват се индикациите за ЕКТ, както и за хоспитализация;

7.2.6. в лечебната програма задължително се включва и психотерапия;

7.3. Поддържаща терапия и профилактика:

7.3.1. Основания:

- при 75 % от случаите има рецидиви след първи депресивен епизод;
- при 20 - 25 % след депресивния епизод липсва restitutio ad integrum;
- рискът от самоубийство е 10 - 15 %.

7.3.2. Индикации за поддържаща терапия и профилактика на униполярната депресия:

- при повече от 3 епизода в рамките на 5 години;
- при повече от 2 епизода в рамките на 5 години;
- след 2 депресивни епизода над 50-годишна възраст;
- късно начало - над 60 години;
- кратък интервал между епизодите (бързо циклиране);
- бързо развитие на симптоматиката в епизодите;
- фамилна анамнеза за афективни разстройства;

- коморбидност(двойна депресия, страхови заболявания, злоупотреба с алкохол и/или медикаменти);

- тежък настоящ епизод, вкл. суицидност;

- ограничена работоспособност.

7.3.3. Методи и медикаменти: антидепресанти, тимостабилизатори, атипични невролептици, ЕКТ.

8. Препоръки за рутинни изследвания в началото и по време на антидепресивната медикаментозна терапия:

Параметри	Месеци							
	преди започване	1	2	3	4	5	6	на 3 месеца
RR / P	•	••	••	••	•	•	•	•
Кръвна картина	•	••	••	•	•	•	•	•
Урея, креатинин	•			•			•	•
GOT, GPT, гама-GT	•	•	•	•			•	•
ЕКГ	•			•1			•1	•1
ЕЕГ	•			•2			•2	•2

• = брой на контролите.

1 = при пациенти над 50 години и при сърдечно-съдови заболявания.

2 = при пациенти с органични мозъчни заболявания.

3 = при антидепресанти от тип - SSRI's и RIMA е необходимо лабораторно изследване само в началото, следващо след 3 месеца и след това на 6 месеца.

3. Изисквания при лечение на разстройства на настроението (афективни разстройства) - манийни състояния.

Включва рубриките по Международната класификация на болестите (МКБ-10) - F.30, F.31, F.34.0, F. 38, F 39, F25.0, F25.2, F 06.30.

1. Основно правило: Манийните състояния се овладяват трудно при амбулаторни условия и е най-правилно директно да се насочват от ОПЛ и други специалисти за консултация с психиатър.

2. Определение:

2.1. Отчетлив период на абнормно и продължително приповдигнато, експанзивно или раздразнително настроение, продължаващо поне една седмица(или каквато и да е продължителност, ако се е наложила хоспитализация).

3. Диагностични критерии:

3.1. По време на този период трябва да присъстват три или повече от следните симптоми (4 симптома, ако настроението е само раздразнително) и тези симтоми трябва да имат сигнификантна стойност:

а) повишена себеоценка или грандиозност;

б) намалена нужда от сън (ако се чувства отпочинал само след 3 часа сън);

в) по-разговорлив от обикновено или не може да спре да говори;

г) полет на идеи или субективно преживяване, че мислите му препускат;

д) невъзможност за съсредоточаване (лесно се прехвърля към маловажни външни стимули);

е) увеличаване на целенасочената активност(социална, професионална, сексуална) или психомоторна ажитация;

ж) увеличено включване в дейности, доставящи удоволствия, които могат да доведат до болезнени последствия (непрекъснато пазаруване, сексуални абнормности, глуповати инвестиции).

3.2. Симптомите не покриват критериите за смесен епизод.

3.3. Нарушенията в настроението са достатъчно тежки, за да причинят тежки нарушения в трудовата заетост или в обикновените социални активности, или във взаимоотношенията с другите, или налагат хоспитализация, за да се предотврати самонараняване, нараняване на други или има психотични включвания.

3.4. Симптомите не са резултат от директен психологичен ефект на субстанции (злоупотреба с лекарства, или на общо медицинско състояние хипертироидизъм)

4. Лечение.

4.1. Основните лечебни средства са тимостабилизаторите: Lithium, антиконвулсанти, β-адреноблокери, някои атипични невролептици, някои бензодиазепини. При необходимост се използват комбинации от тези средства.

4.2. Допълнителни средства: бензодиазепини, невролептици, като се отчита ниската поносимост към последните.

4.3. При тежки възбуди със или без помрачение на съзнанието, както и при терапевтична резистентност се прилага ЕКТ.

4.4. При смесени състояния в лекарствената комбинация се включват антидепресанти.

Поддържащата терапия и профиракtиката се осъществяват с тимостабилизатори и/или някои атипични невролептици.

5. Препоръки за рутинни изследвания в началото и по време на антиманийната медикаментозна терапия:

Параметри	Месеци							
	преди започване	1	2	3	4	5	6	на 3 месеца
RR / P	•	••	••	••	•	•	•	•
Кръвна картина	•	••	••	••	•	•	•	•
Урея, креатинин	•			•			•	•
GOT, GPT, гама-GT	•	•	•	•			•	•
ЕКГ	•			•1			•1	•1
ЕЕГ	•			•2			•2	•2

• = брой на контролите;

1 = при пациенти над 50 години и при сърдечно-съдови заболявания

2= при пациенти с органични мозъчни заболявания

4. Изисквания при лечение на шизофрения, шизотопни и налудни разстройства.

1. Диагноза: Обхваща следните рубрики на МКБ - 10 ревизия: F 20, F 21, F 22, F 23, F 24, F 25, F 28, F 29.

2. Шизофренията е основното заболяване в групата. Етиологията е все още неясна. Протичането е често хронично рецидивиращо. Засяга 1 % от населението без съществена разлика между половете.

3. Поради високия риск от социална дезадаптация (инвалидизация, авто- и хетероагресия), произтичаща от дезорганизиращата личността същност на болестните прояви, шизофренията се нуждае от сложна система от обгрижване, надхвърляща медицинските възможности.

4. Пациентите с рисково поведение в болестта подлежат на регистрация като лекуващият психиатър е задължен да изпраща данни за пациента в районен информационен център.

5. Основни диагностични критерии:

1) ехо на мисълта, вмъкване или отнемане на мисли, предаване на мисли;

2) налудности при контрол, въздействие или пасивност, отнасяни конкретно към движения на тялото или крайниците или към определени мисли, действия или усещания; налудно възприятие;

3) халюцинаторни гласове, поддържащи текущ коментар за поведението на болния или обсъждащи го помежду си, или други халюцинаторни гласове, които идват от някоя част на тялото;

4) други персистиращи налудности, които са културално несъответни и невероятни, като особен религиозен и политически идентитет, свръхчовешка власт или способност;

5) персистиращи халюцинации в която и да е модалност, когато се придружават от бързопреходни или полуоформени налудности без ясно афективно съдържание или от персистиращи свръхценни идеи, или когато се появяват ежедневно в продължение на седмици и месеци;

6) прекъсвания или вмятания в потока на мисълта, които водят до разкъсана или несъответна реч, или неологизми;

7) кататонно поведение - възбуда, неестествени пози, движения или восъчна гъвкавост, негативизъм, мутизъм или ступор;

8. "негативни" симптоми - апатия, бедност на речта и притъпяване или несъответност на емоционалните реакции, те обикновено водят до себезатваряне и снижение на социалното функциониране; трябва да е изяснено, че не се дължат на депресия или лечение.

6. Лечение:

1) лечението на шизофрения е най-ефективно в системи, включващи медицински, рехабилитационни и психосоциални програми с участието на различни ведомства, но с преки ангажименти на общините;

2) личните лекари и лекарите извън психиатричната специалност не могат да започват лечение на шизофренни пациенти и не могат да променят принципно терапевтичните схеми;

3) личните лекари са задължени да участват в обслужването на пациентите с шизофрения и рисково поведение в болестта (РПБ), като осигуряват ритмичността на наблюдението, определена от специалиста - психиатър;

4) основният принцип е лечение в общността; изолацията на тези хора, за които проблем е самоизолацията по болестни причини, е толкова вредна, колкото и самите функционални мозъчни промени, причиняващи психичната болест;

5) за терапевтично резистентни могат да се приемат случаите, при които са:

- проведени 3 лечебни курса, всеки по 8 седмици;
- с различни медикаменти от различни групи при сигурност в оптималността на дозировките;
- но състоянието не позволява промяна в режима на грижи;
- диагнозата "терапевтична резистентност" изисква лечение в екип;

6) медикаментозната терапия е предимно с медикаменти от групата на невролептиците, които нямат принципни разлики в ефективността.

Основното при подбора е спектърът на страничните явления: при конвенционалните невролептици те са предимно от страна на екстрапирамидната система на нивото на бодрост и на когницията.

А за тези от втората генерация - атипичните - метаболитни нарушения и промените в QT - интервала.

6.1. Начална терапия за остър епизод.

За ПЪРВИ епизод на пациент с доминиращи позитивни симптоми	атип. невролептици
За ПЪРВИ епизод на пациент с позитивни и негативни симптоми	атип. невролептици
За пациент, който е имал непоносимост към конвецио-налните невролептици	превключване на атип. невролептици
За пациент без сътрудничество с орална медикация или с персис-тираща липса на съзнание за болест	превключване на депо невролептици

6.2. Пациент с неадекватен отговор на начално лечение.

Продължителността на периода на активно лечение трябва да бъде 4 - 8 седмици при пациент с малък или без терапевтичен отговор или 5 - 12 седмици при пациент с частичен отговор. При възможност обслужването става в екип.

За персистиращи		
позитивни симптоми		негативни симптоми
На конвецио-нални невро-лептици	преминаване на атипични невро-лептици	преминаване на атипични невро-лептици
На атипични	повишване на	преминаване на

невролептици	дозата на предишните невролептици или преминаване на различните атипични невролептици	различни атипични невролептици
На последователно лечение с конвенционални невролептици и атипични невролептици	клозапин след два опита с други невролептици, атипични невролептици	преминаване на клозапин или друг атипичен невролептик
На множество предишни невролептици, вкл. клозапин (персистиращо рефрактерна)	непрекъснатото лечение със: различни лекарствени комбинации вкл. и на аневролептици комбинации на лекарствени и нелекарствени методи и психосоциални интервенции	непрекъснатото лечение със: различни лекарствени комбинации, вкл. и на аневролептици комбинации на лекарствени и нелекарствени методи и психосоциални интервенции

6.3. Стратегии за намаляване на злоупотребата със субстанции и несътрудничество с медикаментозната терапия

6.3.1. При злоупотреба

Оценяване	Фармакологично заключение	Програмно заключение
Оценка за съществуваща злоупотреба за всеки пациент специално, когато има възвръщане на психотичната симптоматика	в повечето ситуации да се поддържа терапевтичната дозировка в терапевтично ниво дори при употреба на алкохол и наркотици; атипичните невролептици се препоръчват	Пълно интегриране на лечението на злоупотребата със субстанции в стандартните програми за лечение на шизофрения

депо медикаменти могат да бъдат полез- ни, ако има несътруд- ничество с лечението

6.3.2. При несътрудничество с медикаментозната терапия се препоръчват следните интервенции

Фармакологични	Психосоциални	Програмни
Избор на основен медикамент, с профил на стра- нични ефекти, най-приемливи за пациента В съображение влиза дългодей- стващ депо нев- ролептик, особено ако пациентът няма съзнание за нуждата от медикация Мониториране на симптоми и стра- нични ефекти Мониториране на приема на меди- каменти (директ- но наблюдение, седмични провер- ки на дозирането)	Фамилно обу- чение и под- дръжка Индивидуално обучение и поддръжка Мотивационни срещи (вкл. по- магане на па- циента да раз- бере, че дости- гането на лич- ната цел изиск- ва сътрудни- чество с лече- нието) Провеждане на нови последо- вателни интер- венции, отчи- тайки нивото на клинично възстановяване и когнитивно увреждане Интервенции, съобразени по време с пред- почитанията на пациента и преценката за спешност	Съвместно лече- ние на злоупотре- бата Подсигуряване на задължително лечение от съот- ветните служби Продължаване на първичното лече- ние през различни- те терапевтични вариации (болнич- но, извънболнич- но, програми за настаняване) Подсигуряване на депо медикация в клиника Подсигуряване на интензивни допъл- нителни услуги (водене на случая, дневен стационар, диспансерно наб- людение при особени режими) Супервизирани услуги при наста- няване

6.4. Избор на медикация при специфични усложнени проблеми:

- наличието на странични ефекти и усложнения е основен фактор при избора на невролептици;
- все още по-високия потенциал на конвенционалните невролептици получават по-висока оценка при овладяване на агресия (насилие и ажитация) и възбуда, отколкото в други клинични ситуации;
- клозапинът е предпочитан при компулсивното пиене на вода;
- седиращите невролептици се използват при пациенти с безсъние, могат да се добавят и други медикаменти с хипнотичен ефект;
- въпреки че има разлики в оценките между атипични невролептици, те не са статистически значими.

6.5. Препоръки при някои състояния

	Препоръчителна невролептична медикация	Препоръчителна добавъчна медикация
Агресия/ насилие	клозапин или конвенционални невролептици с висок потенциал, евентуално атипични невролептици	тимостабилиатори Бензодиазепини бета-блокери
Ажитация/ възбуда	Без ясна позиция при избора	Валпроат или Бензодиазепини
Безсъние	Атипични и конвенционални невролептици с нисък потенциал се предпочитат	Бензодиазепини или хипнотици
Дисфория	Атипичните невролептици са строго предпочитани пред конвенционалните	Антидепресанти тимостабилизатори
Суицидно поведение	Атипичните невролептици са строго предпочитани пред конвенционалните	Антидепресанти в контекста на постпсихотичната депресия, литий и клозапин
Коморбидна злоупотреба със субстанции	Атипичните невролептици са строго предпочитани пред конвенционалните	
Когнитивни	Атипичните невро-	

проблеми	лептици са строго предпочитани пред конвенционалните
Компулсивно пиене на вода	клозапин, атипични невролептици

6.6. Препоръки за поддържащо лечение

Проблем	Препоръка
1	2
Избор на поддържащ невролептици медикамент	Избор на медикация, доза, начин на приложение, които да провокират съпричастност и да намалят страничните ефекти
Времетраене на поддържащата невролептици терапия	Най-малко 12 - 24 месеца за пациент с първи епизод, в ремисия след преминаване на острия епизод, след втори пристъп - 5 г. Дълготрайно (доживотно), когато диагнозата шизофрения е установена чрез множество епизоди и/или с персистиращи симптоми, както и при изразено рисково поведение в болестта За намалявяне на дозата се препоръчва постепенна редукция с интервал от 2 - 4 седмици за период от няколко месеца, отколкото рязко преминаване на прицелната по-ниска доза
Дозиране на поддържащата невролептичната терапия	Непрекъснатото лечение е препоръчително, прекъсване на лечение не се препоръчва, освен ако пациентът отказва продължително поддържащо лечение.
Използване на депо-форми	За пациенти с несигурно приемане на орални форми, без съзнание за болест, или предпочитащи депо-форми
Развитие на късни	За средно изразени късни дискинезии преминаване на атипичен невролептик

дискинезии (КД) от конвенционални невролептици	За по-силно изразени късни дискинезии преминаване на клозапин или атипичен невролептик
Терапия на постпсихотичната депресия	Медицински стратегии Добавяне на антидепресант към конвенционалния невролептик При ефект продължаване на антидепресанта поне 6 месеца. Някои специалисти препоръчват по-дълго лечение при необходимост Психосоциални стратегии Обучение на пациента с акцент на това, че шизофренията не е "дефект" на мозъка Рехабилитация за доказване на възможноста за функциониране и/или на работни умения Подкрепа от тип "равен с равен" или група за взаимопомощ Отчитане на справянето със стреса, решаването на проблеми и поддържаща психотерапия за подпомагане на пациента да се справи с болестта и депресивните симптоми
Мониториране на следболничното развитие	Рутинно оценяване за продроми на релапс и незабавно реагиране Мониториране за и намаляване на страничните ефекти при всяка визита Мониториране за късни дискинезии поне на 4 месеца за конвенционални невролептици 6 месеца при атипичните невролептици 9 месеца при клозапин Мониторирането на плазмата е често полезно при липса на сътрудничество с лечението или при подозирани фармакокинетични взаимодействия

6.7. Правила за превключване на друг невролептик

6.7.1. Кога да превключваме и кога да не превключваме от конвенционален невролептик

	Първа линия	Втора линия
Фактори, налагащи превключване от един невролептик на друг	Персистираща ЕПС, неотговаряща на терапия с коректори Други притесняващи стр. ефекти Риск от късни дискинезии Персистиращи позитивни или негативни симптоми Релапс от прекъснато сътрудничество към терапията Стремеж към подобряване на нивото на функциониране Предпочитания на пациента и семейството Персистиращи когнитивни проблеми	Разтроено разрушително поведение Персистираща ажитация Персистиращи симптоми на нарушено настроение
Фактори, неналагащи превключване от един невролептик на друг	Добро повлияване от настоящото лечение (добра ефикасност, малко странични ефекти) Пациент на депо медикамент, с история на релапс поради несътрудничество с лечението Пациент, при който обострянето на психотичните симптоми	Невъзможност за получаване или заплащане на нов медикамент Неадекватно ниво на отговор по време на смяната Скорошно (последните 3 - 6 мес.) възстановяване от релапс

представлява не-приемлив риск от опасност за себе си и другите	Липса на соц. под-дръжка за осигу-ряване на меди-цинска супервизия
Предпочитания на пациента и семейст-вото за оставане на сегашната терапия	Едновременни жизнени стресори (преместване, смяна на програми)

6.7.2. Как да превключваме:

а) спиране на стария невролептик рязко и веднага започване на новия;

б) крос-титриране - намаляване дозата на първия невролептик, като се увеличава дозата на новия;

в) наслагване с надставяне - не се намалява дозата на стария невролептик, докато новият не е в терапевтична доза;

г) близка координация и последователност на грижи на болничния и извънболничния персонал е необходима, когато превключването е започнало в болницата.

6.7.3. Правила за превключване на друг невролептик

Проблем	Препоръка
Предпочи-тани методи на прев-ключване	Крос-титриране Наслагване (с надставяне)
Предпочи-тано време-траене на превключ-ване	4 - 5 седмици, ако в превключването няма клозапин 7 - 8 седмици, ако в превключването има клозапин
Фактори, предпоста-вящи бавно постепенно превключ-ване от един невролеп-тик на друг	История на насилие и агресия История със суициден риск Остро протичане на болестта Високи дози на първия невролептик Превключване от клозапин на друг невролептик Превключване от друг невролептик на клозапин При следните ситуации се препоръчва постепенно преминаване: • Ограничена възможност за клинично наблюдение • Предпочитание на пациент/семейство

	• Наличие на стресов фактор • Ограничена соц. поддръжка
Спиране на коректорите след отнемане на конвенционален невролептик	Постепенно отдръпване на коректорите 1 - 2 седм. след спирането на конвенционалния невролептик при пациенти на перорална терапия, по-дълго при такива на депо терапия
Добавъчна терапия за ЕПС с антихолинергично средство	Даване на антихолинергично средство при начална терапия не се препоръчва, освен при: • остри дистонии • изразен паркинсонов синдром • акатизия (заедно с бета-блокер) • при преминаването към медикамент, с по-слаби екстрапирамидни ефекти Преоценка на АХ медикаментозна терапия задължително на 2 седм. и следва да бъде ограничена до минимум за всеки пациент

6.8. Препоръки за профилактика на агранулоцитоза при лечение с клозапин

Следене на левкоцити от психиатър и личен лекар по определената от фирмата производител периодика: всяка седмица първия месец, след това всеки месец.

6.9. Електроконвулсивна терапия се прилага във всички етапи на лечението при спазването на стандартите за тази процедура.

7. Препоръки за рутинни изследвания в началото и по време на психофармакологичната медикаментозна терапия

Параметри	Месеци							
	преди започване	1	2	3	4	5	6	на 3 месеца
RR / P	•	••	••	••	•	•	•	•
Кръвна картина	•	••	••	••	•	•	•	•
Урея, креатинин	•			•			•	•
GOT, GPT, гама-GT	•	•	•	•			•	•
ЕКГ	•			•1			•1	•1
ЕЕГ	•			•2			•2	•2

КАТ •

• = брой на контролите;

1 = при пациенти над 50 години и при сърдечно-съдови заболявания

2 = при пациенти с органични мозъчни заболявания

8. Психотерапията е показана при всички етапи на боледуването

9. Рехабилитация е задължителен елемент в терапията.

5. Лечение на органични психични разстройства - деменция

Обхваща следните рубрики на МКБ 10 ревизия: F 00,.F 01.F 02, F 02.0, F 02.1 F 02.2, F 02.3 F 02.4 F 02.8 F 03

1. Определение: деменцията е синдром, характеризиращ се с множествено засягане на когнитивните функции, без помрачение на съзнанието

2. Засегнатите функции са:

- интелект;
- способност за заучаване;
- памет;
- лингвистични възможности;
- способност за справяне с проблеми;
- ориентация;
- нарушение в сетивата, вниманието и концентрацията;
- нарушение във възможността за преценка;
- нарушено социално функциониране.

3. Процедури при диферинциалната диагноза.

3.1. Основни:

- анамнеза;
- физикален преглед;
- витални показатели - пулс, арт. налягане, тегло и др.;
- психичен статус;
- параклинични показатели (ЕКГ);
- рентген на гръден кош;
- КАТ, ЕЕГ;
- невропсихологична оценка.

3.2. При необходимост:

- лумбална пункция;
- MMSE-скалиране;
- скрининг за обща интоксикация (медикаменти, наркотици, алкохол, тежки метали) (ако се налага от прегледа и анамнезата);
- ЯМР;
- скрининг за вирусни и автоимунни заболявания;
- ендокринен статус.

5. Лечение.

5.1. Лечението и обслужването на пациенти с деменции може да става само в системи, с преки ангажименти и на общините.

5.2. Основното ядро е екип, ръководен от психиатър и включващ задължително клиничен психолог и социален работник.

5.3. Правила за медикаментозна терапия

Основен проблем	Избор на терапията за започване
Делир от внезапни соматични проблеми	Невролептици
Психози	Невролептици
Агресия, гняв	Невролептици Невролептици, антиконвулсанти бета адреноблокери-блокери
Безсъние	Антидепресанти, невролептици хипнотици, антиконвулсанти, бензодиазепини
Объркване вечерно време	Антидепресанти, невролептици
Депресия	Антидепресанти, тимостабилизатори, ЕКТ
Болки от артрити, когато болкоуспокояващите медикаменти не действат	Антидепресанти
Когнитивен дефицит	Препарати с доказан ефект

6. Лечение на невротични (тревожни), свързани със стрес и соматоформни разстройства

Обхваща следните рубрики на МКБ - 10 ревизия: F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48

1. Определение:

Най-честите психични разстройства, обединени в една обща група поради своята историческа връзка с концепцията за неврозата и наличието на съществено участие на психологична причинност.

2. Основни правила.

2.1. Важни практически аспекти на лечението са изборът на терапевтична служба, изборът на терапевтична стратегия, справянето с резистентност.

2.2. Поради необходимостта от специфични познания за генезата, преплитаща по сложен начин множество психични, биологични и социални фактори, както и поради нуждата от високоспециализирани терапевтични подходи, т. нар. невротични състояния (тревожни разстройства) се лекуват от психиатър (самостоятелно или от ръководен от него екип).

2.3. Не е целесъобразно лечението да се води от специалисти с друга медицинска специалност (невролог, общопрактикуващ лекар, кардиолог и др.).

2.4. Клиничните психолози могат да провеждат психологично изследване със специализирани тестове за подпомагане на диференциалната диагноза и оценка на тежестта на тревожните разстройства.

2.5. Лечението е предимно в амбулаторни условия, което изисква повишено внимание поне в следните три области:

2.5.1. за наличие на депресивни симптоми или състояния, които нерядко се пропускат при диагностичната оценка;

2.5.2. за изграждане на зависимост у пациента:

- коморбидните соматични заболявания могат да припокриват симптомите на заболяването или да поддържат психичното разстройство въпреки лечението;

- приемът на алкохол е чест модел за понижаване на тревожността, но симптомите на интоксикация/абстиненция могат да доведат до рязко влошаване на състоянието и да провокират суицидни тенденции;

- бензодиазепините и барбитуратите, особено в съчетание с алкохол, са рисков фактор за хронифициране на състоянието, но имат и самостоятелен депресиогенен ефект;

- приемът на наркотици може също да е модел за справяне с тревожността;

2.5.3. за терапевтичното сътрудничество, особено при абнормна личностова структура;

2.5.4. режимът "дневен стационар" дава възможност за включване на системна психотерапевтична интервенция там, където има обучени специалисти;

2.5.5. режимът на отделение "отворени врати" с денонощен престой на пациента е подходящ само за тежки и/или резистентни случаи. Опасността от хоспитализъм следва да се има предвид при всички пациенти с тревожни разстройства, особено тогава, когато е налице зависима личност.

3. Диагностични критерии заболявания в групата са според МКБ - 10 ревизия.

4. Оценка на типа и тежестта на функционалната увреда.

4.1. В оценката на тежестта и изграждане на терапевтичния план трябва да се има предвид честото съчетание с депресия, зависимости, личностови разстройства, сърдечно-съдови заболявания и други соматични заболявания.

4.2. Дори при отзвучаване на сърцевинните симптоми може да остане съществена функционална увреда и остатъчна симптоматика, която изисква специфични интервенции.

5. Лечение.

5.1. Изграждане на трайна терапевтична връзка - особено важно е интензивното мотивиране на пациента през първата седмица на лечението, затова през този период са необходими 2 - 3 прегледа. Обучението на пациента и близките му е задължителна част от лечението. За тази цел трябва да се предвиди отделно време (респ. отделни срещи с лекаря).

5.2. Наблюдение на психичното състояние на пациента:

5.2.1. при добро начално подобрение наблюдението и срещите с пациента следва да продължат с честота поне веднъж седмично до изчезване на симптомите, а след това веднъж месечно за 3 - 6 месеца;

5.2.2. пациентите с невротични разстройства са склонни към депресивни епизоди, злоупотреба с алкохол и лекарства, които могат да се приемат, за да се преодолее остатъчната тревожност.

5.3. Обучение на пациента и семейството в механизма на възникване на симптомите, приемането на нужда от психиатрична намеса, независимо от отсъствието на тежко телесно заболяване.

5.4. Обучение за ранно разпознаване на релапс от пациента - често явление при понижаване на дозите на лекарствата или цялостно прекъсване на лечението, поради което пациентът следва да е запознат с ранните симптоми и да потърси незабавно лекарска

помощ. Той трябва да знае, че своевременното лечение води до бързо подобрение на състоянието.

5.5. Медикаментозно лечение:

5.5.1. начална фаза - от 3 до 6 месеца; прегледите са поне 1 - 2 пъти седмично; медикаментозното лечение се стартира с антидепресанти, бензодиазепини, невролептици с отношение към серотониновата или епинефриновата трансмисия; лечението с бензодиазепините самостоятелно или в комбинация следва да е с продължителност до два месеца поради риск от лекарствена зависимост, като след 6 месеца се обсъжда терапевтична резистентност с консултант-психиатър; комбинацията между антидепресант и бензодиазепин е допустима в първите седмици на лечението, тъй като бензодиазепините имат по-бърза изява на ефект. Продължителното приложение на бензодиазепини в комбинираната терапия също следва да се избягва поради висок риск от развитие на зависимост;

5.5.2. фаза на стабилизация - от 6 до 12 месеца; следва да се продължи ресоциализацията и да се преодолее остатъчната симптоматика; прегледите са 1 - 2 пъти месечно; по принцип дозата на медикаментите не се редуцира;

5.5.3. фаза на стабилност - от 1 до 2 години; обичайна периодичност на прегледи от психиатър - 1 - 3 месеца;

5.5.4. критерии за резистентност - два последователни обичайно продължителни лечебни курса с два медикамента от различни фармакологични групи, без или със минимален терапевтичен ефект;

5.5.5. стратегии при резистентност:

- промяна на групата на антидепресантите;
- добавяне на втори антидепресант;
- лечение с тимостабилизатори;
- добавяне на невролептици;
- добавяне на други средства с доказан ефект;
- транскраниална магнитна стимулация;
- ЕКТ;
- преосмисляне на диагнозата.

5.6. Психотерапевтични интервенции.

Показани са още от началото на медикаментозната терапия поради по-добра повлияемост при съчетаване на медикаментозната терапия с психотерапията, отколкото при лечение само с медикаменти или само психотерапевтично. Приложението на методи, свързани с повлияване на вътрешните конфликти, негативното мислене, личността и семейната система, изисква по-голяма продължителност във времето и осигурява повлияване на предпоставките за възникване на релапси. Психотерапията се практикува от квалифицирани психиатри или клинични психолози.

7. (Изм. - ДВ, бр. 49 от 2012 г.) Лечение на синдром на зависимост към опиоиди с опиеви агонисти и агонист-антагонисти.

7.1. Основни понятия и дефиниции

Опиоидната зависимост е психично и поведенческо разстройство с комплексна биопсихосоциална генеза и хронично-рецидивиращ ход на протичане. Както при всички останали хронични състояния лечението на зависимостта е дълготраен процес за постигане на стабилна ремисия и трайно възстановяване. Успешно лечение на опиоидната зависимост е възможно при прилагане на съвременни лечебни технологии, подходи и стандарти за добра практика.

Медикаментозно асистирано лечение е лечение на опиоидна зависимост, което включва медикаментозно асистирано лечение при детоксикация и поддържащо лечение. Неупотребата/въздържанието в рамките на това лечение означава неупотреба на алкохол и нелегални наркотици и липса на злоупотреба с предписани лекарства. Медикаментозно асистираното лечение се извършва с опиеви агонисти, агонист-антагонисти (парциални агонисти) и антагонисти.

Лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти означава предписване на лекарствени продукти (опиеви агонисти и агонист-антагонисти) в съчетание с широк спектър от медицински и рехабилитационни услуги за облекчаване на неблагоприятните медицински, психологични и физиологични ефекти, присъщи на опиоидната зависимост.

Лечението с опиеви агонисти и агонист-антагонисти включва разнообразни лечебни технологии, като краткосрочна и дългосрочна детоксикация, поддържащо лечение и съпътстващи психосоциални интервенции.

В досегашните дефиниции лечението с опиеви агонисти и парциални агонисти се нарича субституиращо (заместващо) лечение.

Лекарствените продукти - опиеви агонисти и парциални агонисти - се предписват в намаляващи дози за лечение на абстинентния синдром и в относително стабилни дози за дълъг период (обикновено над 6 месеца) при поддържащо лечение.

7.2. Цели на лечението с опиеви агонисти и агонист-антагонисти:

7.2.1. Да се намали или преустанови употребата на нелегални наркотици и непредписани психоактивни вещества.

7.2.2. Да предотвратят абстинентните симптоми.

7.2.3. Да се намали желанието за употреба.

7.2.4. Да се подобри здравното, психологичното и социалното функциониране на пациента и семейството му.

7.2.5. Да се улесни социалната реинтеграция на пациента.

7.2.6. Да се намали разпространението на кръвнопреносими болести, свързани с инжекционната употреба.

7.2.7. Да се намали рискът от свръхдоза и смъртността, свързана с употребата на наркотици.

7.2.8. Да се намали криминалното поведение сред употребяващите наркотици.

7.3. Принципи на лечението с опиеви агонисти и агонист-антагонисти:

7.3.1. Зачитане на човешките права на зависимите индивиди.

7.3.2. Осигуряване на качество на услугите.

7.3.3. Комплексност.

7.3.4. Мултидисциплинарен подход.

7.3.5. Системен подход.

7.3.6. Интегрален подход.

7.3.7. Базиране на решенията в терапевтичния процес на най-добрите налични научни доказателства и клинични практики.

7.3.8. Отчетност и оценка на ефективността на лечебните програми.

7.3.9. Спазване на всички етични принципи и правила на добра медицинска практика.

7.4. Индикации за лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти:

В лечебните програми могат да бъдат включвани лица, които отговарят най-малко на следните условия:

а) доказана зависимост към опиеви агонисти и/или агонист-антагонисти съгласно критериите на Международната класификация на болестите - 10;

б) навършени 18 години, а за лечение с бупренорфин хидрохлорид и бупренорфин/налоксон (субоксон) - навършени 16 години;

в) история на редовна употреба на опиати с давност минимум една година.

Препоръчително е при включване в поддържащо лечение лицето да е преминало през лечение, ориентирано към въздържание от употребата на наркотични вещества.

Изключение се допуска за лица от затворени общности с повишена болестност и заболеваемост от ХИВ/СПИН.

Случаите на лица, зависими от наркотични вещества, които не отговарят на посочените критерии, се разглеждат и разрешават от Експертен съвет по лечение на зависимости към министъра на здравеопазването.

В лечебните програми с приоритет се приемат лица, при които са налице някои от следните медицински показания: бременност, заразяване с вируса на СПИН, заболяване от хепатит В и/или С. В случаите на бременност или заразяване с вируса на ХИВ се осигурява незабавен прием, без да се чака установеният в програмата ред.

Диагностичната оценка и преценката на целесъобразността за включване в такива програми се извършва от лекар-психиатър. За приема на всеки пациент се изготвя протокол.

7.5. Контраиндикации за лечение

Включването в лечебни програми не е подходящо за лица, които:

а) не отговарят на критериите за опиоидна зависимост по МКБ-10;

б) не приемат правилата на лечебните програми;

в) не са в състояние да дадат информирано съгласие;

г) пациенти, които са показали чувствителност/алергични реакции към предлагания лекарствен продукт.

7.6. Детоксикация с опиеви агонисти или агонист-антагонисти

Лечението на абстинентното състояние представлява лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти в намаляващи дози за облекчаване на физиологичните и психологичните симптоми на абстиненция и е метод за преход на пациента към последващо лечение или живот без вещества след периода на лечение.

Според нейната продължителност детоксикацията се разделя на: краткосрочна - до 1 месец, и дългосрочна - с продължителност до 6 месеца.

Средство на избор за лечение на абстинентното състояние е метадонът. Освен него за краткосрочна детоксикация може да се използва бупренорфин и комбинираният препарат субоксон, съдържащ бупренорфин и налоксон. Морфин сулфат пентахидрат не е подходящ за детоксикация поради липсата на таблетарни лекарствени форми със съдържание под 120 мг.

Краткосрочната детоксикация с метадон, извършвана в извънболнични условия, изисква активно и ежедневно наблюдение на пациента. През първия ден лекарственият продукт обикновено се назначава в два приема по 20 мг. Пациенти, които се нуждаят от по-висока доза метадон за повлияване на абстинентните симптоми, могат да получат до 60 мг през втория ден - фракционирано. От третия ден нататък дозата се намалява постепенно с 5 - 10 мг на всеки 2 - 3 дни.

Краткосрочната детоксикация с бупренорфин хидрохлорид трябва да започне след появата на обективни симптоми на опиева абстиненция (8 - 12 часа след последната употреба на хероин и 24 - 36 часа след употреба на метадон). През първия ден се

назначават 2 - 4 мг бупренорфин (сублингвално). Пациентът се наблюдава активно и ако са налице обективни абстинентни симптоми, се дават още 4 мг бупренорфин - до 8 мг за деня. На втория ден, ако абстинентната симптоматика персистира, се дават още 4 мг. Общата доза бупренорфин, дадена през първия (или втория) ден, представлява стабилизационната доза - нормално тя е в рамките на 8 - 12 мг (до 16 мг) дневно. При наличие на обективни абстинентни симптоми или оплаквания при доза от 16 мг се разглежда необходимостта от прилагането на дългосрочна детоксикация с метадон или поддържане.

От третия до петия ден стабилизационната доза бупренорфин се дава еднократно дневно. През следващите дни дозата на бупренорфина се намалява с 2 мг на всеки 2 - 3 дни до пълното му отнемане.

7.7. Етапи и фази на лечението с опиеви агонисти и агонист-антагонисти

Разделянето на лечението на етапи и съответни фази отразява спецификата и последователността на необходимите в хода на лечебния процес медицински, психологични и психосоциални интервенции. Базира се на разбирането, че видът и интензивността на услугите, от които пациентите се нуждаят, варират в хода на лечението. Като цяло повечето от пациентите се нуждаят от по-интензивно лечение при постъпване, по-разнообразни услуги по време на стабилизиране и по-малка част от тях - от услуги с по-ниска интензивност след появата на признаци на възстановяване.

Всеки етап може да бъде разделен на фази, които са специфичен избор на всяка отделна програма и съответстват на основните принципи в лечението. Това позволява различните фазови модели да бъдат в съответствие с предложения в стандартите клиничен модел. Фазите на лечението не са непроменяеми, фиксирани стъпки със специфични времеви рамки и граници. Те трябва да се разглеждат по отношение на динамичния континуум от грижи, които осигуряват прогреса на пациента в съответствие с неговия индивидуален капацитет и терапевтичен план.

7.7.1. Въвеждащ етап

Цел на въвеждащия етап от лечението е постигане на стабилизация на пациента и определяне на устойчива поддържаща индивидуална дневна доза на лекарствен продукт. Установяват се терапевтичните взаимоотношения между пациента и екипа, идентифицират се нуждите чрез мултидимензионална оценка и се изготвя индивидуален терапевтичен план. Извършват се необходимите изследвания и консултации с други специалисти. Затвърждава се и ангажиментът на значимите близки в процеса на оздравяване. Продължителността на етапа е от 1 до 3 месеца.

а) Подготвителни процедури:

аа) Първичен контакт и цялостна оценка - чрез структурирани интервюта (Индекс за тежестта на зависимостта, самооценъчни тестове и др.), и медицинска оценка - анамнеза за употребата на наркотици, за други соматични и/или психични заболявания, лабораторни изследвания (ХИВ/СПИН, хепатит В и С, туберкулоза, сифилис, ПКК), физикален преглед.

аб) Планиране на лечението - разработва се план за лечение, включващ краткосрочните и дългосрочните цели на пациента, стъпките и сроковете за тяхното реализиране. Определя се водещ на случая.

б) Дозиране на лекарствения продукт до постигане на стабилност и устойчива дневна доза

Осъществява се активно лекарско наблюдение за оценка на абстинентната симптоматика и определяне на лечебната доза на лекарствения продукт.

ба) Метадон хидрохлорид

Пациентите се проследяват най-малко два пъти дневно през първите три дни от лечението. След установяване на начални симптоми на абстиненция и нивото на толеранс се предписва началната доза, най-често 10 - 30 мг. След приема на началната доза пациентът трябва да бъде под наблюдение в първите 30 - 60 минути за оценка на евентуални остри нежелани ефекти на лекарствения продукт. След 2 - 6 часа отново се прави обективна оценка на състоянието и при необходимост се дава допълнително количество метадон не повече от 20 мг. Дозата през първия ден обикновено не трябва да е по-голяма от 40 мг. В случаите, в които е необходима по-висока доза, се прави внимателна преценка на толеранса. Особено внимание се отделя на пациенти с висок риск от предозиране поради нисък толеранс, паралелен прием на други лекарствени продукти, увредено общо състояние, възрастни пациенти и др. През следващите дни дозите се увеличават постепенно с не повече от 20 мг до изчезване на абстинентната симптоматика. Целта е преминаване към еднократен прием. Терапевтичните дози на метадона са индивидуални. Средната поддържаща доза на пациентите трябва да е съобразена с кратката характеристика на конкретния лекарствен продукт, като в отделни случаи терапевтичната доза може да бъде по-висока.

бб) Морфин сулфат пентахидрат

Началната доза е 120 мг или 200 мг. Мониториране се извършва след 3 часа и при нужда дозата се повишава до 320 мг (по изключение - до 400 мг при сериозни абстинентни прояви). През следващите дни дозата се повишава постепенно, като би могла да достигне 800 мг. Максималната доза е 1200 мг, а средната - 400 мг.

бв) Бупренорфин хидрохлорид

През първия ден се дават 4 мг бупренорфин сублингвално и се мониторират основните симптоми на опиева абстиненция. Ако след 2 часа обективно са налице поне 2 симптома, се дават още 4 мг бупренорфин сублингвално. Максималната доза за първия ден е 8 мг. През следващите дни тя се повишава при нужда чрез прибавяне на 2 до 12 - 16 мг. Максималната дневна доза е 32 мг. Когато дозата е стабилизирана, има възможност бупренорфин да се използва 3 или 2 пъти в седмицата.

бг) Бупренорфин/налоксон (субоксон)

Препоръчителната начална доза е от 2 до 4 мг сублингвално. През първия ден може да бъде назначена допълнителна доза от още 2 до 4 мг, ако нуждите на пациента го налагат. От втория ден нататък дозата се титрира с 2 до 8 мг според потребностите на пациента. Максималната дневна доза на субоксона е 24 мг. След постигане на задоволително стабилизиране приемът на субоксон може да се намали до прием през ден или 3 пъти седмично при някои пациенти.

в) Лечение на други соматични и/или психични заболявания

Другите соматични и/или психични заболявания трябва да се идентифицират по време на първоначалното оценяване. В тези случаи е необходимо:

ва) Насочване на пациента към личен лекар, кабинет за спешна и неотложна помощ или за болнично лечение.

вб) Тестване или насочване за изследване за кръвно- и полово-преносими заболявания.

вв) Идентифициране на острите психични разстройства, които може да се нуждаят от незабавна интервенция.

вг) Идентифициране на хроничните психични разстройства, насочване и осигуряване на необходимата терапия.

г) Психо-социални интервенции

Осъществява се индивидуално, групово и семейно консултиране, както и психообучение за пациента и семейството му.

д) Контрол на употребата на психоактивни вещества и режим на посещение

Извършва се уринно тестване. Пациентите посещават лечебната програма ежедневно до постигане на стабилизация.

е) Критерии за преход към следващ етап:

еа) Намаляване/преустановяване на употребата на незаконни опиати и други субстанции, включително и алкохол.

еб) Липса на абстинентни прояви.

ев) Намаляване на влечението за прием на психоактивни вещества.

ег) Овладяване на острите психични и/или соматични заболявания.

ед) Осигуряване на лечение за хроничните заболявания.

ее) Постигната устойчива поддържаща дневна доза на лекарствен продукт.

7.7.2. Етап на рехабилитация и поддържащо лечение

Този етап е времево неограничен, оптималният срок обикновено е от 2 до 5 години.

7.7.2.1. В първата част на етапа (рехабилитация) се цели да се постигне обвързаност към програмата и дългосрочните цели на терапевтичния план, да се проследят моделите на зависимостта и последиците от тях, да се развиват уменията за превенция на рецидив. Лечението на съпътстващите заболявания е важна част от терапевтичния план. Работи се активно за постигане на трудова заетост, образование, професионално обучение, грижи за семейството и др. Продължава уринното тестуване най-малко веднъж месечно. При добър прогрес в лечението и отрицателни уринни тестове може да се премине към даване на лекарствен продукт за употреба при домашни условия по определена схема в съответствие с терапевтичния план.

7.7.2.1.1. Стратегии и процедури по отношение на:

а) Продължаваща употреба на опиоиди и/или други психоактивни вещества:

аа) При нужда - корекция на дозата на лекарствения продукт с цел намаляване на крейвинга и предотвратяване на употребата на опиоиди.

аб) Лечение на комбинирана зависимост (в т. ч. и към алкохол).

ав) Поведенческо договаряне, представяне на системата от санкции и привилегии.

аг) Индивидуално консултиране по различни проблеми.

ад) Групова терапия с акцент превенция на рецидив.

ае) Семейно консултиране.

б) Текущи здравни проблеми:

ба) Оценка на състоянието.

бб) Осигуряване на първична грижа на място или насочване към други лечебни заведения.

бв) Корекция на дозите във връзка със съпътстващо лечение.

бг) Осигуряване на интегриран подход на лечение.

бд) Образование за здравословен начин на живот.

бе) Обучение в умения за ранно идентифициране на соматични и/или психични проблеми.

в) Образователен и трудов статус:

ва) Идентифициране на дефицитите на образование.

вб) Обучение в социални умения.

вв) Осигуряване на професионално обучение.

вг) Осигуряване на възможности за трудова заетост или насочване към съответните органи.

г) Семейни и социални отношения:

га) Увеличаване на ангажирането в семейния живот (при отсъствие на семейна дисфункция, която възпрепятства прогреса).

гб) Семейно консултиране и терапия.

гв) Включване в група, базирана на вяра, приятелство, развлечение, или друга равнопоставена група.

д) Проблеми със закона:

да) Подпомагане на достъп до правен съвет.

дб) Насърчаване на пациента да поеме отговорност за проблеми със закона.

дв) Идентифициране на препятствията за елиминиране на незаконните дейности и тяхната подмяна с творчески дейности.

7.7.2.1.2. Критерии за преминаване към втората част на етапа:

а) Неупотреба на опиати, доказана с отрицателни уринни тестове.

б) Неупотреба на други непредписани вещества.

в) Липса на злоупотреба с алкохол.

г) Стабилно соматично и психично състояние.

д) Наличие на условия, гарантиращи задоволяване на ежедневните жизнени потребности (жилище, финансови средства).

е) Установени стабилни взаимоотношения в семейството.

ж) Добро социално функциониране, ангажиране с постоянна или временна работа, учение или грижи за семейството и т.н.

з) Липса на актуални проблеми със закона.

и) Увеличаване на отговорността за себе си и значимите други.

7.7.2.2. Във втората част (поддържащо лечение) намалява интензивността на психосоциалните интервенции, като се запазва фокусът върху поддържането на стабилност в главните сфери на функционирането на пациента, с акцент върху поддържане на устойчива клинична ремисия, психосоциална стабилизация и професионална реализация.

7.7.2.2.1. Дозиране на лекарствен продукт - извършва се наблюдение и текуща оценка. При нужда се прави корекция на поддържащата доза на лекарствения продукт с цел стабилизиране на състоянието, намаляване на крейвинга и предотвратяване на употребата на опиоиди. Следи се за необходимост от преразглеждане на дозата поради употреба на друго предписано лекарство или промяна в метаболизма на опиевия агонист.

7.7.2.2.2. Психосоциални интервенции - осъществява се индивидуално, групово и семейно консултиране, консултиране и съдействие за намиране на работа, подкрепа и съдействие при проблеми в образованието, на работното място и други в съответствие с оценката на нуждите на пациента и терапевтичния план.

7.7.2.2.3. Контрол на употребата на психоактивни вещества и режим на посещение - честотата на тестване за наркотици по време на етапа на медицинско поддържане и рехабилитация зависи от прогреса на пациента в лечението. При тенденция за положителна промяна и последователно негативни тестове за наркотици се препоръчва тестване да се извършва минимум веднъж месечно през първите две години от лечението и минимум веднъж на всеки 2 месеца след това. Лекарственият продукт може да се дава за домашни условия по определената схема.

7.7.2.2.4. Критерии за преминаване към следващ етап:

а) най-малко една година въздържание от употреба на психоактивни вещества, валидизирано с клинично наблюдение и уринно тестване;

б) стабилно соматично и психично състояние;

в) липса на значими поведенчески проблеми;

г) добро семейно и социално функциониране.

7.7.3. Завършващ етап

В този етап се изготвя индивидуален план за завършване на лечението и излизане от програмата, определя се темпът на намаляване на дозата, проследява се медицинското и психологичното състояние на пациента. Детоксикацията е краткосрочна и дългосрочна. Към нея се преминава при заявено желание на пациента, оценка от екипа или при необходимост от прекратяване на лечението по други причини.

7.7.3.1. Дозиране на лекарствен продукт:

Дългосрочна детоксикация - при заявено желание от страна на пациента оценка на екипа за наличие на личностен ресурс за възстановяване и нисък риск от възобновяване на употребата на наркотични вещества. Провежда се постепенно намаляване на дозата за период от 6 до 12 месеца.

Краткосрочна детоксикация - при предсрочно изписване от програмата поради непредвидени обстоятелства. Медицинските интервенции са постепенно минимализиране на дозата за период от 4 седмици или повече, но при възможност не по-малко от 21 дни.

Ако детоксикацията се извършва с морфин сулфат петахидрат поради липса на таблетарна лекарствена форма с по-ниско съдържание на активното вещество, при достигане на доза от 120 мг се препоръчва преминаване към метадон и продължаване на детоксикацията с него.

7.7.3.2. Психосоциални интервенции - индивидуално, семейно и групово консултиране, с акцент върху превенция на рецидив, ресоциализация и адаптация.

7.7.3.3. Контрол на употребата на психоактивни вещества и режим на посещение - по преценка съобразено с индивидуалния план, ресурса за справяне на пациента и вида на детоксикацията.

7.7.3.4. Критерии за връщане към предходен етап:

а) Връщане към употреба на опиоиди или други психоактивни вещества.

б) Психични и поведенчески проблеми.

в) Нарушено семейно и/или социално функциониране.

г) Въвличане в криминални деяния, свързани с употреба на ПАВ.

След завършване на детоксикацията на пациентите, които по собствена заявка или по преценка на екипа продължават да имат нужда от помощ, за да се пренастроят към начин на живот, свободен от вещества, се осигурява последваща психологична и социална подкрепа - т. нар. фаза на нулева доза и подкрепа. Главната цел е да се предотврати връщането към зависимостта и да се подсилят уменията за справяне, необходими за поддържане на балансиран и стабилен начин на живот. Фокусът на работа е върху активиране на подкрепящите системи и позитивното поведение, обучение в решаване на проблеми, превенция на рецидив. Извършва се индивидуално, а при нужда и семейно консултиране - минимум веднъж месечно.

7.7.3.5. Административно прекратяване на лечението

Лечението може да бъде прекратено административно със или без детоксикация при груби или системни нарушения на правилата за лечение и участие в програмата или при неспазване на поетите от пациента и/или родителите ангажименти към провежданото лечение, описани в информираното съгласие и договора за лечение.

7.8. Уринно тестване

Уринното тестване за психоактивни вещества е показател за обективна оценка на употребата на незаконни и непредписани вещества и допълнително средство за превенция на употребата на психоактивни вещества.

Тестовете показват или отхвърлят наличието на метадон, незаконни и непредписани психоактивни вещества. Преценката за това какви вещества ще бъдат изследвани се съобразява с индивидуалния контекст на пациента и контекста на местната ситуация, свързана с употребата на наркотици.

Тестване се провежда в началото, преди назначаването на лечение, и през целия период на лечение и това е указано в терапевтичния договор. То може да е периодично или инцидентно, минимум един път месечно през първите две години и минимум един път на два месеца през следващите години от лечението. Резултатите се отбелязват в досието на пациента.

Даването на урина за изследване трябва да зачита достойнството на пациента при минимализиране на възможностите за фалшификация. Помещенията, използвани за даване и анализ на урина, трябва да се почистват редовно и да са снабдени с необходимите санитарно-хигиенни принадлежности и препарати.

7.9. Получаване на лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти, за употреба в домашни условия

Получаването на дози от лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти, за употреба в домашни условия е част от системата за привилегии и важен терапевтичен инструмент за постигането на целите на програмите. Поради риска от нерегламентираното му отклоняване процедурата е обект на контрол и индивидуална преценка от страна на екипа, като крайното решение е на ръководителя на програмата.

Назначение за получаване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия може да получи стабилизиран пациент, отговарящ на следните критерии:

а) Основни критерии:

аа) Липса на употреба на незаконни/непредписани наркотични вещества и алкохол за период не по-малко от 1 месец, верифицирани с клинично наблюдение и уринно тестване. При началната оценка за даване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия се изискват минимум 4 последователни отрицателни уринни теста, проведени ежеседмично.

аб) Липса на данни за инжектиране (включително и на метадон).

ав) Липса на абстинентни симптоми.

аг) Липса на клинични данни за алкохолна злоупотреба.

ад) Редовно посещение без отсъствия на програмата.

ае) Липса на поведенчески проблеми при посещенията в програмата.

аж) Спазване на терапевтичните ангажименти и договорености с екипа.

аз) Липса на скорошни криминални дейности.

аи) Възможност за сигурно съхраняване на предоставените лекарствени продукти при употреба в "домашни условия".

ак) Стабилно психично състояние - клинична преценка, оценъчни и/или самооценъчни методики за липса на психотично състояние, тежко депресивно или невротично разстройство.

б) Допълнителни критерии в полза на даването на лекарствен продукт за употреба в домашни условия:

ба) Работна и/или учебна заетост, които са в противоречие с графика за предоставяне на лекарството от програмата.

бб) Грижи по отглеждането на деца, които са в противоречие с графика за посещение на програмата.

Крайното решение за даване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия се взима въз основа на цялостна преценка относно способността на пациента за отговорен самостоятелен прием на лекарствен продукт в съответствие с лекарските назначения и за това дали рехабилитационните ползи от намаляването на честотата на посещение в програмата надвишават потенциалния риск от злоупотреба с предписаните лекарствени продукти.

Даването на лекарствен продукт за употреба в домашни условия трябва да е аргументирано и документирано в досието на пациента.

Лекарствен продукт за употреба в домашни условия се дава на пациенти, които са преминали успешно "въвеждащ етап" (1 - 3 месеца), отговарят на критериите за получаване на лекарствен продукт в домашни условия и са в стабилно състояние.

Преди преминаване на "въвеждащ етап" се допуска даването на лекарствен продукт за употреба в домашни условия за период от 1 до 6 дни в следните случаи: хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, наличие на физически недъг, живеене в отдалечено място, отстоящо на разстояние повече от 150 км от местоположението на лечебната програма.

Максималното количество лекарствен продукт за употреба в домашни условия не надвишава дозите за една седмица и се позволява на стабилизирани пациенти, отговарящи на критериите за получаване на лекарствени продукти за употреба в домашни условия, с продължителност на лечението не по-малко от 3 месеца. Този период може да бъде удължен до две седмици в случаи, създаващи основателна и сериозна пречка пред пациента за ежедневно посещение на програмата, като наличие на физически недъг, тежко хронично заболяване, при хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, временна работа в отдалечени места, ваканция.

По изключение може да се разреши получаването на лекарствен продукт за употреба в домашни условия за период до две седмици на стабилизирани пациенти, отговарящи на критериите за получаване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия, с продължителност на лечението не по-малко от 1 година, които живеят или работят в отдалечено място, отстоящо на разстояние повече от 150 км от местоположението на лечебната програма. За всеки такъв случай се прави индивидуална преценка от екипа на програмата и се изготвя протокол, който се прилага в досието на пациента.

При предоставяне на лекарствени продукти, съдържащи опиеви агонисти и агонист-антагонисти, ръководителят задължително издава удостоверение по образец, утвърден от директора на НЦН.

При пътуване на пациентите зад граница ръководителят на програмата издава документ, удостоверяващ дневната доза и курса на лечение, въз основа на който Министерството на здравеопазването издава разрешение по реда на чл. 59 от Закона за контрол на наркотичните вещества и прекурсорите. Ръководителят на програмата може аргументирано да откаже издаването на документа при несъответствие на пациента с критериите за даване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия. Аргументацията се вписва в досието на пациента.

При съмнение за злоупотреба с предписания лекарствен продукт се препоръчва преразглеждане на режима за получаване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия и разглеждане на възможността за назначаване на неколкократно измерване на плазмена концентрация на метадон.

В деня на получаване на лекарствения продукт за употреба в домашни условия пациентът приема дневната си доза в програмата под медицинска супервизия.

Опаковката на лекарствения продукт за употреба в домашни условия трябва да е добре обезопасена, надписана и съобразена с препоръките за предпазни мерки в кратката характеристика на лекарствен продукт. Надписът на етикета съдържа задължително следното: име на програмата и телефон за връзка, № на пациента в програмата или име на пациента, наименование на лекарствения продукт, дата на деня, за който е предназначен, и надпис "Да се пази от деца!". При необходимост етикетът може да съдържа и друга допълнителна информация по преценка на програмата. Предоставеният лекарствен продукт - метадон хидрохлорид, задължително се разрежда с допълнително количество вода в съотношение не по-малко от 1:1. Всяка отделна дневна доза от лекарствения продукт се предоставя на пациента в отделна опаковка. При наличието на данни или съмнение за злоупотреба решението се преразглежда.

При лечение с бупренорфин разреждането на дозовия режим може да е по-добра алтернатива от дозите за домашни условия.

За подобряване на безопасното съхранение на лекарствените продукти от пациентите се препоръчват следните дейности:

а) Да се поставят на видно място в помещенията, в които се осъществяват програмите, надписи в зависимост от използвания лекарствен продукт: "Пациентите на програмата и техните близки са задължени да съхраняват отпуснатия лекарствен продукт метадон (или друг лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти) на места, които са недостъпни за деца."

б) Да се провеждат срещи с пациентите на програмите, на които да бъдат разяснени последиците от приемането на метадон (или друг лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти) от деца.

в) Стартиране на цялостната превантивна работа с пациентите относно отговорността и мерките за безопасност по отношение съхраняването и употребата на метадон (или друг лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти) при постъпване на лечение. Пациентите подписват: информирано съгласие, декларация за получаване на лекарствен продукт за домашни условия и договор за лечение.

7.10. Психосоциални интервенции

Същността на наркоманиите като хронични рецидивиращи състояния предполага прилагане на биопсихосоциален подход и работа на мултидисциплинарен терапевтичен екип за тяхното лечение. По този начин се постига интегриране на медицинските, психологичните и социалните интервенции в цялостната лечебна програма.

Специалистите от терапевтичния екип в съответствие с тяхната квалификация извършват индивидуално, семейно и групово консултиране. Консултирането включва установяване на терапевтична връзка, ангажиране в лечение и проследяване на случая.

Индивидуално консултиране се извършва от лекар, психолог, психотерапевт или социален работник по медицински, респ. психологични индикации. Семейното или груповото консултиране се предлага за решаване на конкретни проблеми или има информативно-образователен характер. Целта на груповото консултиране е да се използва групата за постигане целите на лечението: постигане на въздържание, решаване на

проблеми, подобряване на социалните умения, решаване на конфликти, ефективно изразяване на чувствата, развитие на доверие и сътрудничество. Извършва се от психолог, психотерапевт или лекар от програмата.

Друга психологична и социална интервенция е т.нар. поведение при криза (кризисна интервенция), което изисква умения за оценка и овладяване на психологична или социална криза.

Всички споменати дотук интервенции (процедури) се включват в задължителния пакет от услуги, предоставени на пациентите в програмите за лечение с агонисти и агонист-антагонисти.

Освен задължителните процедури в програмите се предлага психотерапия в различни перспективи и модалности, както и обучение в социална адаптация. Психотерапията започва след заявка от пациента и оценка от психотерапевт.

Индивидуалната психотерапия включва: мотивационно интервюиране, когнитивно-поведенческа терапия, психодинамична психотерапия, краткосрочна фокусирана към решения терапия и др.

Работата със семействата включва: системна фамилна терапия, групи за родители и др.

В груповата терапия се използват психодраматични и гещалт техники, когнитивно-поведенческа терапия, психодинамична психотерапия и др. Психотерапията се извършва от психотерапевти, обучени в определена терапевтична модалност.

Обучението в социална адаптация включва тренинг за: социални умения (комуникативни умения, асертивен тренинг, решаване на конфликти и др.), личностни умения (самоопределение, мотивация, житейски проект и др.) и кариерно консултиране. Осъществява се от квалифицирани специалисти по социални дейности.

Качеството на предлаганите услуги се осигурява чрез организационна и клинична супервизия.

7.11. Пациенти със специфични нужди

7.11.1. Опиоидно зависими бременни

Жени, които са зависими от опиоиди, са подложени на висок риск от усложнения по време на бременност.

По време на бременността се препоръчва включване в програма за лечение с метадон. Основната цел на метадоновото лечение по време на бременността е да се постигне соматично и психично стабилизиране на бременната жена и да се избегнат рисковете за майката и новороденото, които се изразяват във:

а) абстинентно състояние у майката, което може да доведе до спонтанен аборт през първите три месеца или да предизвика преждевременно раждане през последните три месеца от бременността;

б) употреба на психоактивни вещества, включително и такива, които могат да предизвикат увреждания на плода;

в) предозиране;

г) инфекции вследствие инжектиране и използване на общи инжекционни принадлежности;

д) липса на пред- и следродова грижа.

Във връзка с тези рискове по време на бременността е особено важно прецизирането на дозата на поддържащия лекарствен продукт, активно проследяване на състоянието и избягване на детоксикация.

7.11.2. Абстинентно състояние при новородени

Всички новородени на майки на метадоново лечение трябва да бъдат мониторирани за симптоми на опиева абстиненция от неонатолог.

7.11.3. Кърмене

Метадоновото лечение не е основание за отказване от кърмене на новороденото бебе.

7.11.4. ХИВ/СПИН

Планирането на терапевтичните грижи за тази група пациенти се осъществява в сътрудничество със специализираните структури, както и със структури за подкрепа в общността.

Лечебният план трябва да бъде гъвкав и неговата ефективност да се оценява непрекъснато.

При започване на високоактивна антиретровирусна терапия пациентите трябва да бъдат информирани за възможните лекарствени взаимодействия с предписания опиев агонист/агонист-антагонист.

7.11.5. Пациенти с психиатрични разстройства

Диагностицирането на психиатрични разстройства при пациенти с опиоидна зависимост е от важно значение при планиране на терапевтичните грижи, които включват:

а) редовно проследяване на клиничното състояние от психиатър и при необходимост - насочване към специализирано лечебно заведение за хоспитализация;

б) съобразяване на лечението на психиатричното разстройство с лекарствените взаимодействия на предписания опиев агонист/агонист-антагонист.

7.11.6. Пациенти с риск от удължаване на QT интервала и опасност за развиване на аритмия и torsades de pointes.

Има докладвани случаи на удължаване на QT интервала и опасност за развиване на аритмия и torsades de pointes при лечение с метадон, особено при използване на дози над 300 мг.

При постъпване на лечение и при наличие на кардиологични оплаквания от страна на пациента в хода на лечението се препоръчва спазването на следните правила с оглед превенция на този риск:

а) Снемане на внимателна и подробна анамнеза на пациента за сърдечни проблеми. При наличие на позитивни находки от анамнезата е необходимо:

аа) Пациентът да бъде предупреден за наличието на риск от аритмия и torsades de pointes при лечението, което да бъде отразено в подписано информирано съгласие.

аб) Пациентът да бъде насочен за ЕКГ изследване с измерване на QT интервала, оценка на състоянието и поемане на случая от специалист кардиолог.

ав) При стойности на QT интервала над 500 msec и оценка от кардиологичния преглед за наличие на сериозен риск за развиване на аритмия и torsades de pointes се редуцира дозата на метадона и пациентът се насочва отново за ЕКГ изследване с измерване на QT интервала и оценка на състоянието от специалист кардиолог.

б) При персистиране на стойностите на QT интервала над 500 msec и оценка за наличие на сериозен риск за развиване на аритмия и torsades de pointes при повторното изследване се предприемат следните действия:

ба) На пациента се препоръчва прекратяване на метадоновото лечение по медицински показания.

бб) Предлага се алтернативно лечение.

бв) Пациентът се насочва към специалист кардиолог за поемане на случая и системно проследяване на състоянието.

бг) При отказ на пациента да изпълни предложените назначения това се документира в досието на пациента.

7.12. Специфични клинични ситуации

7.12.1. Нарушен дневен прием на предписания опиев агонист/агонист-антагонист:

7.12.1.1. Пропуснат прием на лекарствен продукт - ако пациентът пропусне прием на предписания опиев агонист/агонист-антагонист, неговата плазмена концентрация намалява.

Процедури:

а) документиране на обстоятелствата около пропускане на дозите;

б) цялостна обективна оценка за симптоми на интоксикация или абстиненция;

в) контролирано уринно тестване.

Поведение:

а) при неинтоксикиран пациент - съобразно клиничната преценка на лекаря;

б) при интоксикиран пациент - не получава дневната си доза от предписания опиев агонист/агонист-антагонист.

7.12.1.2. Повръщане на лекарствен продукт - макар и рядко може да се наблюдава повръщане на предписания опиев агонист/агонист-антагонист.

Поведение:

а) при повръщане след абсорбцията на терапевтичната доза (20 - 30 минути за метадон и 5 - 10 минути за бупренорфин) - не е необходим допълнителен прием;

б) при по-ранно повръщане - съобразно клиничната преценка на лекаря;

в) при системно повръщане - може да се обсъди разделяне на дозата.

7.12.2. Съпътстваща употреба на психоактивни вещества (високорисково поведение) - хаотичната употреба на психоактивни вещества (незаконни, непредписани, алкохол) е често срещана сред опиоидно зависимите.

Процедури:

а) правилна диагностика и оценка на нуждите;

б) преразглеждане и актуализиране на плана за лечение - корекция на дозата на предписания опиев агонист/агонист-антагонист и по-интензивно уринно тестване, по клинична преценка на лекаря; лечение на комбинирана зависимост и при необходимост насочване за хоспитализация; интензифициране на консултирането и други психосоциални услуги.

Поведение:

а) при интоксикиран пациент с алкохол или други депресанти на ЦНС (хипнотици, анксиолитици) - не получава дневната си доза от предписания опиев агонист/агонист-антагонист;

б) при продължаваща съпътстваща употреба на психоактивни вещества - не се допуска ползването на привилегията за вземане на лекарствен продукт за домашни условия.

7.13. Изисквания към лечебните заведения, осъществяващи лечебни програми с опиеви агонисти и агонист-антагонисти

7.13.1. Осигуреност с персонал и изисквания към екипа на програмите.

Програмата за лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти се осъществява от терапевтичен екип. В терапевтичния екип могат да участват: лекари-психиатри, лекари, психолози, психотерапевти, медицински сестри и социални работници, както и други професионалисти по преценка на ръководителя на програмата.

Екипът се определя в съответствие с вида и обема лечебни дейности и броя на пациентите в програмата.

7.13.1.1. Изисквания към ръководителя на програмата:

Програмата се ръководи от лекар с призната специалност по психиатрия, с поне 3 години опит в лечение на зависимости, преминал сертификационен курс за обучение на ръководители на програми за лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти. Ръководителят на програмата отговаря за отчитането на получените, отпуснатите и наличните количества наркотични вещества и техните препарати, като изготвя ежемесечни отчети до Министерството на здравеопазването, както и годишен отчет с оценка на ефективността на програмата и основни изводи и данни по образец, изготвен от НЦН. Ръководителят на програмата отговаря също за:

а) правилното съхранение на лекарствените продукти, съдържащи наркотични вещества;

б) воденето на регистрите съгласно наредбата по чл. 87, ал. 1 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите и документацията на програмата;

в) съгласуването на месечните заявки, получаването и отчитането на наркотичните вещества и техните препарати;

г) организацията и осъществяването на лечебните дейности в програмата в съответствие с тази наредба.

7.13.1.2. Основни задължения на членовете на екипа:

7.13.1.2.1. Лекар-психиатър - осъществява диагностични процедури и преценява целесъобразността за включване на пациента в програмата, назначава и проследява медикаментозното лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти, назначава и проследява медикаментозното лечение при психиатрични проблеми, назначава и проследява изпълнението на терапевтичния план, проследява соматичното и психичното състояние, определя психиатричния статус, води медицинската документация; консултира пациентите и техните близки; насочва при необходимост към други специализирани лечебни заведения, осигурява супервизия и контрол на лечебно- диагностичната дейност на другите лекари. Лекарят психиатър е задължен да осигури заместник при отсъствие.

7.13.1.2.2. Лекар - осъществява диагностични процедури, назначава и проследява медикаментозното лечение при соматични проблеми, осъществява и проследява изпълнението на терапевтичния план, проследява соматичното и психичното състояние, води медицинската документация; консултира пациентите и техните близки; насочва при необходимост към други специализирани лечебни заведения.

7.13.1.2.3. Медицинска сестра - подготвя, раздава и контролира приема на назначените лекарствени продукти; води отчетността за раздадените лекарствени продукти; провежда уринни тестове; изпълнява и други медицински назначения и манипулации.

7.13.1.2.4. Психолог - провежда психологическо тестване, психодиагностика и оценка на нуждите; осъществява индивидуално, семейно и групово консултиране и психотерапия.

7.13.1.2.5. Социален работник - осъществява социално консултиране и фасилитиране; осигурява контакти и насочване към външни служби.

7.13.2. Осигуреност с персонал, изисквания към екипа на програмите и изисквания за брой разрешени лечебни места в програмите

С оглед осигуряване възможност за качествено предоставяне на задължителен пакет услуги е необходимо броят разрешени лечебни места в програмата да съответства на капацитета на екипа и работните помещения.

Екипът на програма до 50 лечебни места трябва да включва най-малко: 1 лекар-психиатър (ръководител на програмата), назначен на трудов договор или договор за управление на половината от законоустановеното пълно работно време, 2 медицински сестри и 1 психолог, назначени на трудов договор (психологът - на половината от законоустановеното пълно работно време).

Препоръчително е в екипа да се включи и социален работник.

За всеки следващи 50 разрешени лечебни места в програмата е необходимо да бъдат назначени на трудови договори с обща продължителност на работното време в размера на законоустановеното пълно работно време: лекар и психолог или социален работник, като конкретната заетост на отделните специалисти се определя от ръководителя на програмата в съответствие с изискванията и нуждите на програмата.

На всеки 150 пациенти се изисква да бъде назначен най-малко 1 лекар.

В изчисляване на капацитета на екипа (съотношение членове на екип към брой разрешени места) не се включват медицинските сестри, тъй като имат строго определени функции и задачи по предоставяне, контрол и отчетност на използваните в програмата наркотични вещества.

За първата година от работата на програмата за допуска максимален брой до 100 лечебни места.

За програми до 50 лечебни места лечебното заведение осигурява минимум следните помещения: 1 помещение за съхранение и раздаване на лекарствени продукти (сестринска стая), 1 чакалня за пациенти, тоалетна с мивка, 2 лекарски кабинета, единият от които се използва за консултиране и психологична работа. При увеличаване броя на лечебните места в програмата над 50 за всеки нови 50 лечебни места се изисква по още един лекарски кабинет или едно помещение за консултиране и психологична работа с пациенти.

Помещенията се поддържат в подреден и чист вид. За нуждите на програмата лечебното заведение осигурява необходимите компютърни системи, комуникационни и други технически средства.

Програмата следва да осъществява дейността си на адрес, посочен в удостоверението за регистрация на лечебното заведение в РЗИ или в разрешението за осъществяване на лечебна дейност.

7.13.3. Работно време на програмите

Работното време трябва да е гъвкаво, да осигурява достъп и възможност за ежедневен прием.

За програми до 50 лечебни места работното време на програмата е не по-малко от 4 часа за дните от понеделник до петък и не по-малко от 2 часа за събота и неделя.

За програми над 50 лечебни места работното време на програмата е не по-малко от 7 часа за дните от понеделник до петък и не по-малко от 3 часа за събота и неделя.

7.14. Документация

7.14.1. Програмна документация:

7.14.1.1. Описание на програмата, съдържащо терапевтичен протокол, цели, основни задачи, продължителност, структура, използвани лекарствени продукти, дозов режим, критерии за приемане и изключване на пациенти от програмата, етапи на

лечението, правила на програмата, правила за получаване на лекарствен продукт за домашни условия и уринно тестване, работно време.

7.14.1.2. План, индикатори и процедури за оценка на ефективността на програмата.

7.14.1.3. Списък на персонала, изпълняващ програмата, и данни относно квалификацията му.

7.14.1.4. Инструкция за извършването на дейностите с наркотични вещества и начина на отчитането им.

7.14.1.5. Регистър на пациентите в програмата.

7.14.1.6. Специален регистър, съдържащ данни за наименованието на наркотичните вещества и техните препарати, получени и отпуснати количества и наличност в края на месеца, номер на пациентите в програмата, отпуснатото количество на всеки пациент и датата на отпускането.

7.14.1.7. Дневен отчет за получените, разходваните и наличните количества на лекарствен продукт в програмата.

7.14.2. Документация по лечението на пациентите в програмите:

7.14.2.1. Документация по приема: информирано съгласие, договор за лечение, протокол за прием, декларация за неучастие в друга лечебна програма.

7.14.2.2. Досие на пациента, задължително включващо: лични данни, диагноза, статус при приемането, назначения, изследвания, етапни оценки и проследяване на състоянието, формуляр за резултати от уринно тестване, информация при изписване, както и друга информация за пациента и лечението по преценка на програмата. При решение на екипа за съответствие на пациента с критериите за получаване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия се подписва Декларация за получаване на лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти, за употреба в домашни условия, в която е разяснена информация за режима на прием, нежелани лекарствени реакции, предозиране, условията за получаване на лекарствения продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти, за употреба в домашни условия и съхраняването му на недостъпни за децата места.

7.14.2.3. Документация при изписване - медицинско удостоверение.

7.15. Задължителен пакет услуги, предоставяни от лечебните програми

7.15.1. Поставяне на диагноза.

7.15.2. Соматична и психосоциална оценка.

7.15.3. Психологично тестване при постъпването и по преценка.

7.15.4. Съставяне на терапевтичен план, назначаване на лечение и проследяване.

7.15.5. Предоставяне на лекарства под наблюдение.

7.15.6. Кризисни интервенции.

7.15.7. Психологично консултиране - индивидуално, групово или семейно, ежемесечно.

7.15.8. Преглед/консултации от лекар-психиатър - ежемесечно и при необходимост. Минимален месечен норматив - 30 минути средно за пациент от програмата.

7.15.9. Уринно тестване - ежемесечно през първите две години от лечението, веднъж на 2 месеца след това и при необходимост.

7.15.10. Идентифициране на съпътстващите психични и други заболявания и насочване към съответните специалисти.

7.15.11. Насочване за тестване за ХИВ/СПИН, хепатит В и С, туберкулоза и сифилис.

7.15.12. Водене на медицинска документация.

7.16. Интердисциплинарни дейности

Програмата за лечение на синдром на зависимост към опиоиди с агонисти и агонист-антагонисти осъществява интердисциплинарни консултации по показания със специалист по клинична лаборатория, инфекционист, кардиолог, гастроентеролог и други специалисти при съответните показания. При необходимост от хоспитализация се насочва към съответното лечебно заведение.

8. Лечение на лица със сексуални проблеми

1. Сексуалните дисфункции са широко разпространени нарушения, които засягат между 30 и 40 % от хората в сексуално активна възраст.

2. Първичната сексологична консултация се осъществява от различни медицински специалисти - общопрактикуващи лекари, психиатри, уролози, гинеколози, ендокринолози, клинични психолози и др., които идентифицират сексуалния проблем, ориентират се най-общо за неговия характер и причини, осъществяват елементарни диагностични и терапевтични интервенции и при нужда насочват пациента към специализирана сексологична помощ.

3. Специализираната сексологична помощ се осъществява от специалисти-психиатри, които извършват диференцирани диагностични изследвания, консултации и терапия, включваща индивидуална, двойкова, фамилна и групова психотерапия, съчетана с прилагане на медикаментозни средства, физиотерапия и други специализирани интервенции.