

УДК:616.89–036.865

Г.А. Пріб
ЗАСАДИ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ ПРИ
НАДАННІ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
 МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: реабілітація, обмеження життєдіяльності (ОЖ), соціальна недостатність (СН)

Постанова проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Реабілітологія – це наука про збереження й відновлення здоров'я людини у суспільстві й середовищі та забезпечення її життєдіяльності. Об'єктом спостереження в реабілітології є людина в середовищі перебування. Нині відокремлюють три частини реабілітології: 1) наука про психічне, соматичне та фізіологічне здоров'я в засобах і методах його відновлення; 2) наука про екологічну реабілітацію людини й середовища її перебування; 3) наука про відродження духовно-моральних цінностей та адаптивні до життя засоби, способи і методи існування. Під реабілітацією Робоча група Європейського регіонального бюро ВООЗ розуміє службу, яка призначена для підтримки або відновлення стану незалежності людини [1]. Сутністю реабілітації є не стільки відновлення здоров'я, скільки відновлені можливостей для людей, які мають той чи інший стан здоров'я після лікування. Лікування хвороби, корекція порушень, медична компенсація дефекту мають свою межу. Тому мета суспільства полягає у забезпеченні можливості для всіх людей, з їх специфічними, у тому числі обмеженими здатностями, якісно функціонувати та розвиватися. Отже зміст реабілітації розглядається як процес і система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або якомога більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності (ОЖ), викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму. Метою реабілітації є відновлення соціального статусу, досягнення матеріальної незалежності й соціальна адаптація людини.

В Україні згідно Закону «Про реабілітацію інвалідів» на теперішній час введено поняття «реабілітолога» як фахівця у галузі реабілітації. Проте, стосовно психіатричної реабілітації нині відсутні ефективні програми підготовки фахівців у сфері медико-соціальної психіатричної реабілітації, а існуючі включають лише теорію й методики лікування. В Україні ідеологічні розбіжності між лікуванням і реабілітацією на практиці втілено лише у тому, що реабілітація може проводитися не у лікувальному закладі. Тому, важливою проблемою при наданні медико-соціальної допомоги пацієнтам, які страждають на психічні та поведінкові розлади є диференціація реабілітаційних та лікувальних заходів. Проте, недостатнє урахування основних принципів реабілітації призводять до планування і проведення не завжди адекватних потребам

пацієнта реабілітаційних заходів із акцентом на лікувальні заходи. Внаслідок відсутності обґрунтованого методичного забезпечення реабілітація пацієнтів частіше зводиться до фіксування проблем хворих. Визнанням актуальності цієї проблеми стало підписання угоди про співробітництво між МОЗ України та Європейським регіональним бюро ВООЗ, в якій пріоритетним напрямком визначено підвищення ефективності роботи зі сприяння зміцненню здоров'я та профілактики неінфекційних захворювань, зокрема розробку проєкту національної політики з психічного здоров'я та плану дій на основі Європейського плану дій з психічного здоров'я.

Аналіз досліджень і публікацій та виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячена стаття. Аналіз наукових досліджень [1-19] показав, що історично основні відмінності між лікуванням і реабілітацією зазвичай описувалися виходячи з відмінностей їх ідеологічних принципів. Так, основним завданням лікування визначався вплив на психопатологічну симптоматику з метою її редукції. В свою чергу метою реабілітації є постійний розвиток та підтримка можливостей (здатностей) не уражених функцій або здорових рис пацієнтів. Таким чином можна зазначити наступне: лікування пом'якшує порушення соціального функціонування, а реабілітація відновлює втрачені функції або здатностей. Так, L. Leitner та J. Drasgow характеризують ідеологію реабілітації як «індукції здоров'я» на відміну від ідеології лікування, яка полягає в «редукції симптомів» [4]. Вказується, що дієві спроби допомоги інвалідам внаслідок психічного захворювання у минулому будувалося здебільш на напрямку мінімізації хвороби (проявів загострення психопатологічної симптоматики), ніж на максимальному посиленні здоров'я. Н. Martin, використовуючи термін реабілітація, має на увазі «вплив, який повинен виявити дисфункцію та надати розвиток здатностям та можливостям» [5].

В цілому на теперішній час у світовій науці на відміну від колишніх підходів превалює думка проте, що сфера медико-соціальної (психіатричної) реабілітації характеризується не лише наявністю традиційного психотерапевтичного акценту, але й загальною метою – „індукцією здоров'я». В свою чергу гіпотезою реабілітації є зміна навичок хворого й/або підтримки оточення, що підвищує рівень життєдіяльності пацієнта у суспільстві. Узагальнюючи можна стверджувати що як у минулому, так й до теперішнього часу основні роз-

біжності між медикаментозним психіатричним лікуванням і медико-соціальною (психіатричною) реабілітацією у більшості випадків полягає у загальній ідеології. Так, метою реабілітації є відновлення здатностей функціонування в суспільстві, а в цілому вона спрямована на розвиток особистісних якостей людини з опоранням на збережені якості. В свою чергу на відміну від реабілітації лікування зазвичай спрямоване на редукцію симптоматики пацієнта, концентруючись на меті обов'язкового пом'якшення клінічної картини. Проте, вищезгадані ідеологічні відмінності не отримали свого розповсюдження та втілення у практичній психіатрії. На теперішній час під практикою медико-соціальної реабілітації в основному розуміється лікувальна тактика ведення хворого.

Метою дослідження є обґрунтування засад диференціації реабілітаційних та лікувальних заходів при наданні допомоги пацієнтам, які страждають на психічні розлади. Завдання дослідження: з точки зору біопсихосоціального підходу та спираючись на сучасні моделі інвалідності обґрунтувати засади диференціації реабілітаційних та лікувальних заходів при наданні допомоги пацієнтам, які страждають на психічні розлади.

Матеріал та методи дослідження. Виходячи з мети та завдань дослідження обстежено 527 пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділеннях активної реабілітації №2 та №10 Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступними діагностичними категоріями МКХ-10: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення наукових першоджерел за досліджуваною проблематикою, структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, експертний, статистичні.

Вклад основного матеріалу дослідження. Швидкий розвиток галузі медико-соціальної реабілітації обумовив необхідність відокремлення її від психіатричного лікування. Розуміння реабілітації пройшло досить змістовний шлях розвитку. На початку у ньому переважав медичний підхід. Так, за визначенням ВООЗ вважалося, що сутність реабілітації полягає у тому щоб „не тільки повернути хворого до його колишнього стану, але й розвинути його фізичні й психологічні функції до оптимального рівня» [1]. Акцент робився на психосоматичні якості людини, відновлення яких вважалося достатнім для досягнення соціального благополуччя. Проте, поступово відбувався перехід від медичного до соціального підходу (моделі). Так, у рамках соціальної моделі реабілітація розглядається як відновлення всіх соціальних здатностей індивіда. Тому експерти ВООЗ вели наступне визначення реабілітації: „реабілітація інвалідів повинна включати всі заходи, покликані скоротити наслідки виниклої непридатності й дозволити інвалідові повністю інтегруватися у суспільство. Реабілітація спрямована на те, щоб допомогти інвалідові не тільки пристосуватися до оточуючого

середовища, але й впливати на його безпосереднє оточення й на суспільство в цілому, що полегшує його інтеграцію в суспільство» [1]. У 1982 р. ООН прийнята Всесвітня програма дій у відношенні до інвалідів, що передбачила такі напрямки [2]:

- раннє виявлення, діагностика й втручання;
- медичне обслуговування;
- консультування й надання допомоги в соціальній сфері;
- підготовка до самостійного незалежного життя;
- забезпечення допоміжними технічними засобами, засобами пересування, соціально-побутовим пристосуваннями;
- спеціальні послуги в галузі освіти, відновлення професійної працездатності (включаючи професійну орієнтацію, професійно-технічну підготовку, працевлаштування).

Нині всі наступні міжнародні документи та чи інакше включають вказані напрямки.

На теперішній час підсумковим є наступне визначення реабілітації, прийняте ООН у „Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів» [2]: „реабілітація означає процес, що має метою надати інвалідам можливість досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного й/або соціального рівня діяльності й підтримувати їх, тим самим надаючи їм засоби, покликані змінити їхнє життя й розширити рамки їхньої незалежності. Реабілітація може включати заходи щодо забезпечення й/або відновлення функцій або компенсації втрати або відсутності функцій або функціонального обмеження. Процес реабілітації не припускає лише надання медичної допомоги».

Відомо, що практика реабілітації й практика лікування психічно хворих повинні доповнювати одна одну. Так, за стандартними схемами терапевтичні й реабілітаційні заходи повинні проводитися по чергово. Проте нині лікування й реабілітації по часту включені в єдину програму (не розмежовані) та проводяться одним фахівцем – лікарем психіатром.

За сучасними дослідженнями встановлено, що тривале медикаментозне лікування часто є необхідним, проте вкрай рідко воно стає достатнім компонентом реабілітаційного втручання.

У останні десятиліття психофармакотерапію приймали усі психічно хворі. За дослідженнями J. Aud 90,0 % стаціонарних пацієнтів із хронічними розладами лікуються нейролептиками [6]. G. Dion із співавторами встановили, що 96 % хворих з психічними розладами як у стаціонарі так і у амбулаторних умовах приймають нейролептики [7]. S. Matthews із співавторами вважають, що 100 %, молодих пацієнтів, яким діагностовано шизофренію отримують психофармакологічні препарати. Також автори стверджують, що 90–100 % пацієнтів, що страждають психозами й госпіталізовані у стаціонари приймають нейролептики. Проте, на теперішній час відсутні чіткі докази впливу психофармакотерапії на поліпшення СФ хворі [8].

Медикаментозна терапія психотропними препара-

тами є дуже розповсюдженою, незважаючи на те, що окремі пацієнти не мають потреби в ній, або не бажають її приймати. Так, G. Gardos із співавторами дійшли висновку, що 50 % пацієнтів, які отримують підтримуючу терапію у амбулаторних умовах, можуть в цілому обходитися без неї [9]. За результатами інших досліджень доведено, що у 20,0–30,0 % пацієнтів, що одержують нейролептики, спостерігаються рецидиви захворювання, а у 20,0–30,0 % хворих, що одержують плацебо не спостерігається рецидивів. Таким чином, резюмується, що значна кількість пацієнтів можуть обходитися без психофармакотерапії. Відсутність потреби у підтримуючій терапії нейролептиками базується на думці як фахівців, так і пацієнтів, що СФ не змінюється при прийомі психофармакотерапії. В свою чергу зазначається, що активні реабілітаційні програми підвищують рівень соціальної здатності та знижують необхідність у фармакотерапії [8, 10, 11].

Іншим суперечливим питанням щодо застосування фармакотерапії є визначення дози психотропних препаратів. Так, у найбільш значних оглядах наукової літератури показано, що лікування як малими, так і найбільш високими дозами нейролептиків може бути найменш ефективним. Дослідниками вказується на необхідність запровадження у схемі лікування періодів без ліків – «нейролептичних канікул» [12]. Базуючись на такій думці у інших дослідженнях для окремих пацієнтів впроваджувався метод перервної нейролептичної терапії на відміну від безперервного підтримуючого лікування [10, 13]. В цілому зазначається про необхідність постійної перевірки доцільності призначення нейролептиків та спроб зменшити їх дози [13].

Незважаючи на велику кількість досліджень у сфері медикаментозного психотропного лікування, нині недостатня увага приділяється аналізу його впливу на ефект та результативність реабілітації, тобто на здатність пацієнта функціонувати в конкретному соціальному середовищі.

Дослідження, спрямовані на вивчення ефективності психофармакотерапії, показують, що в цілому ефективність медикаментозних препаратів вимірюється за показниками гостроти психопатологічної симптоматики й частоти повторних госпіталізацій [14]. В свою чергу D. Englehardt із співавторами стверджують, що для впливу на здатність індивіда функціонувати в соціальному середовищі за місцем проживання або роботи недостатньо тільки медикаментозної терапії [16].

В теперішній час відсутні науково обґрунтовані докази впливу психофармакотерапії (нейролептичної) на ефективність реабілітації. Така ситуація склалася тому, що за своєю суттю психотропна терапія не сприяє розвитку вмінь, навичок, а також підтримки оточення, необхідних для повноцінного життя (навчання, спілкування, трудової діяльності) у суспільстві. Безумовно вплив медикаментозного лікування на зменшення вираженості симптомів можна розглядати як етап підготовки пацієнта до реабілітаційних заходів. Проте, нині змінилася парадигма ідеології лікування. Так, реабіліта-

ційне втручання розглядається як шлях до скасування призначення психотропних препаратів. Тобто вважається, що після зменшення психопатологічної симптоматики, коли пацієнт може відвідувати реабілітаційні заходи, грамотно розроблена реабілітаційна програма та її успішне впровадження повинно обумовлювати скорочення медикаментозного лікування.

Також важливою складовою є теза проте, що реабілітація сприяє ймовірності згоди хворого на проведення психофармакотерапії [17]. За аналізом літературних джерел можна простежити відмову хворих від лікування психотропними препаратами. Так, відсоток відмов від фенотіазінових похідних складає 48,0 %, від транквілізаторів й антидепресантів – 49,0 % від препаратів літію – 32,0 % [18, 19]. Така ситуація є логічною, оскільки дотримання порядку прийому ліків повинне розглядатися як навичка, якої хворого треба навчити. Нині фахівці з фармакотерапії цікавляться реабілітаційним діагнозом, який надає їм інформацію про можливий рівень навичок й умінь пацієнта щодо самостійного прийняття підтримуючої терапії, а також підтримки оточення. Така інформація уможливує прогноз реакції хворого на призначення та прийом фармакотерапії.

Узагальнюючи викладені проблемні сторони прийняття психофармакотерапії можна зазначити, що медикаментозна терапія розглядається почасти як необхідний, але рідко достатній елемент реабілітації. З точки зору реабілітації, медикаментозна терапія є корисним втручанням, але рідко може замінити собою весь процес реабілітації. Водночас, фахівці з психофармакотерапії вважають, що реабілітація є сприятливим заходом для формування згоди пацієнта на лікування.

Виходячи з вищевикладеного та результатів власних досліджень [19] для ефективності програм медико-соціальної реабілітації в інтересах осіб із психічними розладами необхідно визначити основні проблеми, які мають вирішуватися для чіткого сприйняття ідеологічних відмінностей між лікуванням і реабілітацією, а саме:

1. Почасти медико-соціальна реабілітація розглядається як сукупність заходів, яка має проводитися лише після медикаментозного стаціонарного лікування;
2. Медико-соціальна реабілітація більшістю фахівців не розглядається як самостійна галузь, а сприймається як альтернатива терапії після недієвого лікування;
3. Загальноприйнятим є застосування переважно технологій лікування ніж власне методів реабілітації;
4. Загалом під медико-соціальною реабілітацією розуміється проведення підтримуючої фармакотерапії як основного методу у комбінації з індивідуальною або груповою психотерапією;
5. Вплив кліше «психіатричного діагнозу» на думку фахівців, хоча достовірно відомо, що діагностичний ярлик не дає інформації для призначення реабілітаційних втручань або до прогнозу їхньої ефективності;
6. Персонал який працює у реабілітаційних відділеннях переважно не володіє реабілітаційними техніками, на відміну від лікувальних методик;

Традиційно відокремлювані розбіжності між лікуванням і реабілітацією [3]

Показник	Лікування	Реабілітація
Мета	Лікування, редукція симптоматики або розвиток терапевтичного інсайту	Поліпшення функціонування в специфічному оточенні
Основна теорія	Ґрунтується на безлічі причинних теорій, які визначають характер втручання	Немає теорії причинності
Спрямованість	Минуле, сьогодні й майбутнє	Сьогодні й майбутнє
Зміст діагнозу	Оцінює симптоми й можливі причини	Оцінює збережені можливості хворого й підтримку ззовні
Основні методи	Психотерапія, фармакотерапія	Навчання навичкам, програмування вмінь, координація й модифікація ресурсів
Історичні коріння	Психодинамічна теорія, соматична медицина	Розвиток гуманних ресурсів, професійна реабілітація, фізична реабілітація, клієнторієнтована терапія, спеціальне навчання

7. Думка, про обов'язкове доповнення реабілітаційної програми лікувальними заходами (психотерапією, психотропною терапією);

8. Посідання лікуванням більш високого статусу порівняно з реабілітацією.

Вивчення існуючих реабілітаційних програм, які розробляються медико-соціальними експертними комісіями та лікувально-профілактичними закладами, дозволяє стверджувати, що на практиці фахівці, які розробляють та впроваджують реабілітаційні заходи не визнають відмінностей між лікуванням та реабілітацією, а здебільшого не знають їх особливі цілі та завдання. Частіше ефект від реабілітаційної програми оцінюється не за маркерами її якості – підвищення незалежного існування пацієнтом, соціальна активність тощо, а за наявністю та вираженості психопатологічної симптоматики – тобто ефекту лікування. У табл. 1. за узагальненням провідних досліджень з питань відмінностей психіатричної реабілітації від лікування наведено встановлені основні традиційні відмінності між ними.

З даних табл. 1. видно, що унікальна ідеологія й технологія медико-соціальної (психіатричної) реабілітації потребує сприйняти її фахівцями у галузі реабілітації для підготовки та засвоєння особливого комплексу навичок й умінь, заснованих на знанні процесу реабілітації. Метою реабілітації є поліпшення функціонування у специфічному оточенні, а реабілітаційні втручання можуть проводитися без усякої теорії причинності. Важливою відмінною складовою є спрямованість реабілітаційного втручання не на минуле, а на функціонуванні в теперішній час з акцентом на завданнях майбутнього. Як бачимо, однією із основних відмінностей реабілітаційного діагнозу є його спрямованість на збережені можливості та здатності хворого отримувати підтримку ззовні. Також, як наслідок, на реабіліта-

ційному діагнозі ґрунтується реабілітаційне втручання й має на меті розвиток можливостей та здатностей пацієнта із посиленням підтримки із оточуючого середовища.

Висновки. Застосування у медико-соціальній практиці роботи знань щодо розмежування мети та завдань між лікуванням та реабілітацією надає можливість сформулювати дієву індивідуальну програму реабілітації, яка спрямована на вирішення існуючих та майбутніх проблем пацієнтів, які страждають на психічні розлади. Маркерами якості ефективності та результативності виконання індивідуальної програми реабілітації повинні бути не наявність та вираженість психопатологічної симптоматики (критерії ефекту лікування), а насамперед загальна оцінка здатності до незалежного існування у суспільстві та соціальна активність. Перспективою подальших розвідок у даному напрямку є розробка основ забезпечення медико-соціальної реабілітації хворих які страждають на психічні розлади.

Література:

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // *Арх. психіатрії*. – 2005. – № 1. – С. 7–16.
2. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов : резолюция Генеральной Ассамблеи ООН №48/96 [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL : <http://www.un.org/russian/document/convents/disabled.htm>. – Заголовок із екрану.
3. Ентони В. Психіатрична реабілітація : пер. з англ. / В. Ентони, М. Коен, М. Фаркас. – К. : Сфера, 2001. – 298 с.
4. Leitner L. A. Battling recidivism / L. A. Leitner, J. Drasgow // *J. Rehabil.* – 1972. – Vol. 38, N 4. – P. 29–31.
5. Martin H. R. A philosophy of rehabilitation / H. R. Martin // *Rehabilitation of the mentally ill, social and economic aspects : a symposium of the American Psychiatric Association (Indianapolis meeting, December 29-30, 1957)* / ed. by M. Greenblatt, B. Simon. – Washington, 1959. – P. 17.
6. *Rational psychopharmacotherapy and the right to treatment* / ed. by F. J. Ayd. – Baltimore : Ayd Medical Communications, 1975. – 204 p.
7. Dion G. L. The relationship of maintenance neuroleptic dosage levels to vocational functioning in severely psychiatrically disabled cli-

ents: Implications for rehabilitation practitioners / G. L. Dion, D. J. Del-lario, M. D. Farkas // *Psychosoc. Rehabil. J.* – 1982. – Vol. 6, N 2. – P. 29–35.

8. A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year postdischarge risk of relapse / S. M. Matthews, M. T. Roper, L. R. Mosher, A. Z. Menn // *Schizophr. Bull.* – 1979. – Vol. 5, N 2. – P. 322–333.

9. Gardos G. Maintenance antipsychotic therapy: is the cure worse than the disease? / G. Gardos, J. O. Cole // *Am. J. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 133, N 1. – P. 32–36.

10. Carpenter W. T. A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia / W. T. Carpenter, D. W. Heinrichs, T. E. Hanlon // *Am. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144, N 11. – P. 1466–1470.

11. Paul G. L. Maintenance psychotropic drugs in the presence of active treatment programs. A „triple-blind” withdrawal study with long-term mental patients / G. L. Paul, L. L. Tobias, B. L. Holly // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1972. – Vol. 27, N 1. – P. 106–115.

12. Tardive dyskinesia : report of the American Psychiatric Association Task Force on Late Neurological Effects of Antipsychotic Drugs. – Washington : The Association, 1979. – 205 p.

13. Herz M. I. Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: an alternative to maintenance medication / M. I. Herz, H. V. Szymanski, J. C. Simon // *Am. J. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 139, N 7. – P. 918–922.

14. Kane J. M. Low-dose and intermittent neuroleptic treatment strategies for schizophrenia : an interview with John Kane / J. M. Kane // *Psychiatr. Ann.* – 1987. – Vol. 17. – P. 125–130.

15. Guttmacher M. S. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia: effectiveness: The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group / M. S. Guttmacher // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1964. – Vol. 10. – P. 246–261.

16. A 15-year followup of 646 schizophrenic outpatients / D. M. Engelhardt, B. Rosen, J. Feldman [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1982. – Vol. 8, N 3. – P. 493–503.

17. Schwartz H. I. Legal and ethical issues in neuroleptic noncompliance / H. I. Schwartz // *Psychiatr. Ann.* – 1986. – Vol. 16, N 10. – P. 594–595.

18. Barofsky I. Problems in providing effective care for the chronic psychiatric patient / I. Barofsky, C. E. Connelly // *The Chronic psychiatric patient in the community: principles of treatment* / ed. by I. Barofsky, R. D. Budson. – N. Y. : S P Medical & Scientific Books, 1983. – P. 83–129.

19. Zaytsev O. Medical criterion of disability in psychiatric practice / Zaytsev O., Priebe G. // *15th European Congress of Psychiatry, 17–21 March, 2007. – Madrid. – [Електронний документ]. – Шлях доступу : URL: <http://www.kenes.com/aep2007/posters.asp>. – Заголовок з екрану.*

ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Г.А. Приб

В статье рассматриваются теоретические взгляды относительно принципов дифференциации реабилитационных и лечебных мер при оказании медико-социальной помощи пациентам с психическими расстройствами.

Ключевые слова: реабилитация, ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность

BASIS OF DELIMITATION OF THE REHABILITATION AND TREATMENT IN PSYCHIATRIC CARE

G. Prib

The article is considered the theoretical views concerning of principles of differentiation of rehabilitation and treatment measures under giving of medical-social help to the patients with mental disorders.

Keywords: rehabilitation, criteria of disability, social failure

УДК 616.89

М.П. Боро, С.Я. Боро

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЯЮЩИМИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ - ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр г. Донецка

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, беременные женщины, психодинамический подход, психосоциальные стрессогенные факторы, сахарный диабет, психоневрологическая помощь

Значительная распространенность, негативное влияние на здоровье матери и ребенка и недостаточная выявляемость тревожно-депрессивных проявлений невротического уровня у женщин во время беременности с наличием тяжелых соматических расстройств, осложняющих течение беременности, обуславливают актуальность данной проблемы. Отмечается рост соматогенно-реактивных тревожных и тревожно-депрессивных состояний у женщин, зачастую принимающих затяжное течение и утяжеляют течение, как

собственно беременности, так и сопутствующих заболеваний, что приводит к неблагоприятному прогнозу и приводящие к длительной психологической дезадаптации [1-3;4-6]. Количество беременностей, осложненных наличием тяжелых соматических заболеваний (наиболее часто встречаются отеки и гипертензионные расстройства, сахарный диабет, болезни щитовидной железы). Так в Донецкой области показатель колеблется в диапазоне от 55 до 70 случаев (на 100 родов) (см. Таблицу 1):