

чений подвижности человека при травме. При этом личностные факторы могут иметь более существенное значение, чем ситуационные, и в таком случае интенсивность тревоги в большей степени отражает индивидуальные особенности субъекта, чем реальную значимость угрозы.

Проведенное в первые трое суток после травмы исследование уровня белка S-100 в крови у 21 пациента показало высокую вариабельность содержания этого нейромаркера в пределах нормальных границ, среднее значение составило $32,8 \pm 20$ нг/л. При статистическом анализе не получено убедительных данных, свидетельствующих о его связи с уровнем личностной и ситуативной тревожности, возрастом, полом, локализацией перелома, функциональными возможностями больного. Необходимы дальнейшие исследования по поиску нейромаркеров тревоги.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высоком уровне личностной тревожности среди городского населения в современных условиях, который закономерно отражается на уровне тревоги в ситуации острого стресса, каким является перелом костей конечностей. При этом величина ситуативной тревожности существенно не зависит от локализации перелома, уровня болевого синдрома, степени ограничения функциональных возможностей пациента, однако прямо связана с тревожностью как свойством личности. В связи с тем что высо-

кий уровень ситуативной тревожности наблюдается у 70% пациентов с переломами костей конечностей, необходим учет этого фактора при взаимодействии медицинского персонала с пациентами травматологических отделений.

Библиографический список

1. Влияние тревожности на биохимические показатели крови и процесс консолидации трубчатых костей после их перелома/Л.Е. Панин, А.А. Герасенко, А.Г. Усенко [и др.] // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2009. № 2. С. 31–37.
2. Прихожан А.М. Психологическая природа и возрастная динамика тревожности: личностный аспект: дис. ... д-ра психол. наук. М., 1996.
3. Попов Ю.А. Тревожность в системе типологических свойств человека: дис. ... канд. психол. наук. М., 2006.
4. Рамзия Д.Ф. Тревога и ее влияние на отношение к болезни и лечению у больных хроническим соматическим заболеванием (На материале хронического гломерулонефрита): дис. ... канд. психол. наук. М., 1998.
5. Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В. Психологическая диагностика в практике врача. СПб.: СпецЛит, 2008. 143 с.
6. Changes in S100B cerebrospinal fluid levels of rats subjected to predator stress/R. Margis, V.C. Zanatto, F. Tramontina [et al.] // Brain Res. 2004. № 1028 (2). P. 213–218.
7. Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Л., 1987. С. 12–17.
8. Соловьева С.Л., Менделевич Д.С. Психосоматическая медицина // Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. С. 26–29.

УДК 316.334:616.89

Авторское мнение

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Д.Д. Карелина — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии; **И.Л. Кром** — Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, Центр медико-социологических исследований, г. Саратов, руководитель Центра, профессор кафедры социальной психологии, доктор медицинских наук; **Ю.Б. Барыльник** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS

D. D. Karelina — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Post-graduate; **I. L. Krom** — Saratov Institute of Social Education, Director of Centre of Medico-Social Research, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu. B. Barylnik** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Psychiatry and Narcology, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 24.03.2011 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Карелина Д.Д., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б. Медико-социальные аспекты реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 453–456.

Рассматриваются факторы, оказывающие влияние на процесс медико-социальной реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами в современном социуме, подходы к реабилитации психического здоровья населения. Приводятся результаты авторского исследования медико-социальных аспектов реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами, направленной на коррекцию показателей качества жизни, величину которых определяют нарушения психического состояния и социализации пациента. В исследовании доказывается, что приоритетные направления медико-социальной реабилитации у данной категории больных определяются возникающими вследствие заболевания изменениями в психологической сфере, социальных отношениях и окружающей среде.

Ключевые слова: реабилитация, психическое здоровье, пограничные психические расстройства.

Karelina D. D., Krom I. L., Barylnik Yu. B. Medical and social aspects of rehabilitation of patients with borderline mental disorders // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 2. P. 453–456.

This article deals with the factors influencing the process of medico-social rehabilitation of patients with borderline mental disorders in modern society. Approaches to rehabilitation of population mental health are also considered. The results of the research of medico-social aspects of patients with the borderline mental disorders rehabilitation, directed on correction of life quality indicators which size is defined by infringements of mental condition and socialization of patients are described. The research proves that priority directions of medico-social rehabilitation at the given category of patients are defined by pathological changes in psychological sphere, social relations and environment.

Key words: rehabilitation, psychic health, borderline mental disorders.

Реабилитация (франц. *réhabilitation*, от лат. *re* — вновь + *habilis* — удобный, приспособленный) — сочетание медицинских, общественных и государственных мероприятий, проводимых с целью максимально возможной компенсации (или восстановления) нарушенных или утраченных функций организма и социальной реадaptации (или адаптации) больных, пострадавших и инвалидов [1]. Реабилитация всегда занимала важнейшее место в системе психиатрической помощи. По заключению Комитета экспертов ВОЗ по медицинской реабилитации (1970), это понятие определяется как «комбинированное и координированное использование медицинских и социальных мер, обучения и профессиональной подготовки или переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий возможный для него уровень функциональной активности» [2].

Реабилитация предполагает уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов и профилактику инвалидизации больных [3]:

1. комплекс мер, позволяющих снизить частоту нарушений функции;

2. комплекс мер, способствующих ограничению степени или обратному развитию инвалидности;

3. комплекс мер, предупреждающих переход инвалидности в физические и другие дефекты.

Рассмотрение подходов к реабилитации больных, страдающих психическими заболеваниями, изучение проблемы с точки зрения основных социологических парадигм, может оказать существенное влияние на реформирование процесса реабилитации. Возможно, при совмещении различных факторов, возникающих в ходе изучения, процесс реабилитации будет строиться намного эффективнее.

При рассмотрении проблемы людей с психическими заболеваниями применима конфликтологическая парадигма. Состояние здоровья зависит от принадлежности к тому или иному классу. Исследователи отмечают прямую зависимость уровня выявления психических расстройств от социальных факторов. В частности, имеются данные, что «психические расстройства вследствие органических поражений центральной нервной системы преобладают у необеспеченного и малообеспеченного населения». Отмечая существенные расхождения в показателях болезненности в различных слоях населения, авторы связывают этот факт с разными возможностями лечения и социальной реабилитации больных.

Особое значение приобретает психическая реабилитация: проведение адекватного состоянию больного и строго индивидуализированного лечения психотропными средствами и применение методов психотерапии с целью повысить стремление больного к выздоровлению, укрепить его уверенность в своих силах, готовность к преодолению факторов риска данного заболевания, вызвать потребность вернуться к трудовой деятельности. К моменту окончания клинического этапа желательно добиться восстановления у больного способности к самообслуживанию.

Больные с психическими расстройствами образуют особую группу, характеризующуюся, с одной стороны, юридически оправданной возможностью поражения в правах (полная или частичная недееспособность), а с другой стороны, более трудной ориентировкой в своих имеющихся правах, их ос-

мыслением и защитой, что может быть связано со спецификой их психического статуса. Чем более серьезным является расстройство, тем ярче проявляются указанные характеристики и тем более беззащитным с юридической точки зрения становится больной. Уязвимость и недостаточная правовая защищенность психически больных обуславливают необходимость создания для них специальных гарантий и механизмов защиты прав, помимо общих, уже существующих в законодательствах и правоприменительной практике многих стран. В России приняты и действуют ряд законодательных актов, направленных на защиту лиц с психическими расстройствами, в частности Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Статья 38 данного Закона предполагает создание в России государственной Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Однако Законом не регламентированы организация и деятельность этой службы.

Реабилитация психических больных имеет свою специфику. При психических заболеваниях нарушается преимущественно социальное функционирование больного. Этим определяется известная специфика методов и задач реабилитации, направленных на ресоциализацию психически больных.

М.М. Кабанов определяет суть реабилитации психически больных «как их ресоциализацию, как восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Все построение реабилитационных мероприятий должно быть таким, чтобы включить самого больного в лечебно-реабилитационный процесс, привлечь его как можно больше к участию в восстановлении тех или иных функций (например, его памяти, внимания) или социальных связей (трудовых, семейных и др.)» [4]. Реабилитация — это не просто профилактика, лечение и трудоустройство, а принципиально новый подход к больному, повторная социализация, восстановление личного и социального статуса больного. В качестве основного стержня реабилитационных программ была выделена апелляция к личности [5].

Таким образом, система реабилитационных мероприятий включает в себя разнообразные биологические и социально-психологические воздействия, направленные на восстановление оптимального уровня жизнедеятельности больного (табл. 1).

Таблица 1

Взаимосвязь основных принципов реабилитации по М.М. Кабанову [4] и основных современных принципов реабилитации [6]

По М.М. Кабанову	Современный взгляд
Принцип разносторонности усилий	Комплексность Индивидуальный подход
Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия	Индивидуальный подход
Принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий	Раннее начало Непрерывность Этапность Последовательность Преемственность
Принцип партнерства	Индивидуальный подход Активное участие больного в реабилитационной программе

Ответственный автор — Карелина Дарья Дмитриевна.
Адрес: г. Саратов, ул. Яблочкова, 8/10, кв.6.
Тел. 89053296720.
E-mail: ddkarelina@mail.ru

Исходя из этого, обозначаются следующие задачи реабилитационного процесса:

на первом этапе (восстановительная терапия): предупреждение формирования психического дефекта (инвалидизации), явлений госпитализма;

на втором этапе (реадаптация): приспособление больного к жизни и трудовой деятельности во внебольничных условиях;

на третьем этапе (реабилитация в прямом смысле этого слова): восстановление индивидуальной и общественной ценности больного (прежде всего рациональное быто- и трудоустройство).

Анализ стратегий медико-социальной реабилитации больных, страдающих пограничными психическими расстройствами проводился в Центре медико-социологических исследований с 2008 г. Медико-социальная реабилитация больных, страдаю-

щих пограничными психическими расстройствами, предполагает коррекцию нарушений показателей качества жизни, на величину которых оказывает влияние нарушение психического состояния и социализации пациента. Качество жизни респондентов определялось нами с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ «КЖ-100»).

Результаты. При подготовке данных к математической обработке выявлялись и устранялись ошибочные значения, выходящие за пределы системы баллов. Пропущенные значения обрабатывались согласно методике, предложенной в опроснике ВОЗ «КЖ-100» (табл. 2, 3).

Для величин F1-F24, G вычислялись описательные статистики. Рассчитывались медианы, средние, максимальные и минимальные значения и т.п. Поскольку анализируемые величины являются поряд-

Таблица 2

Результаты анкетирования по опроснику ВОЗ «КЖ-100» пациентов с пограничными психическими расстройствами и здоровых безработных респондентов

Показатель	Средний балл		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	пограничные психические расстройства	здоровые безработные респонденты	
F4 (положительные эмоции)	12,0	12,5	0,660
F8 (отрицательные эмоции)	10,0	10,0	0,293
F13 (личные отношения)	14,0	15,0	0,135
F15 (сексуальная активность)	14,0	13,0	0,175
F16 (физическая безопасность и защищенность)	12,0	13,0	0,504
F17 (окружающая среда дома)	16,0	14,0	0,015
F18 (финансовые ресурсы)	10,0	9,0	0,049
F21 (возможности для отдыха и развлечений и их использование)	12,0	13,0	0,288
F22 (окружающая среда вокруг)	14,0	12,0	0,003
F23 (транспорт)	14,0	12,0	0,032
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	12,0	13,0	0,315

Таблица 3

Результаты анкетирования по опроснику ВОЗ «КЖ-100» пациентов с пограничными психическими расстройствами и здоровых работающих респондентов

Показатель	Средний балл		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	пограничные психические расстройства	здоровые работающие респонденты	
F4 (положительные эмоции)	12,0	15,0	0,000
F8 (отрицательные эмоции)	10,0	13,0	0,000
F13 (личные отношения)	14,0	17,0	0,000
F15 (сексуальная активность)	13,0	16,0	0,000
F16 (физическая безопасность и защищенность)	12,0	15,0	0,000
F17 (окружающая среда дома)	15,5	16,0	0,901
F18 (финансовые ресурсы)	10,0	12,0	0,172
F21 (возможности для отдыха и развлечений и их использование)	12,0	14,5	0,002
F22 (окружающая среда вокруг)	14,0	14,0	0,967
F23 (транспорт)	14,0	15,0	0,644
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	12,0	15,0	0,000

ковыми, адекватной характеристикой среднего для них служит медиана. Однако расчёты показали, что в большинстве случаев средние баллы отличаются от соответствующих значений медиан лишь в первом знаке после запятой, поэтому далее приведены только средние баллы.

Статистическая достоверность различия средних двух групп (клинически здоровые и больные, страдающие пограничными психическими расстройствами) определялась по непараметрическому критерию Манна — Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$.

Проведённый анализ средних показателей качества жизни в группе 100 клинически здоровых респондентов позволил выявить показатели, средние значения которых значимо ($p < 0,01$ — $p < 0,05$) различаются в группе лиц трудоспособного возраста с эффективной (группа работающих респондентов) и неэффективной возрастной социализацией (группа безработных клинически здоровых респондентов). Фактором эффективной социализации лиц трудоспособного возраста является трудовая занятость. Значения показателей F4 (положительные эмоции), F8 (отрицательные эмоции), F13 (личные отношения), F15-F18 (сексуальная активность, физическая безопасность и защищённость, окружающая среда дома и финансовые ресурсы) F21-F23 (возможности для отдыха и развлечений и их использование, окружающая среда вокруг, транспорт) G (общее качество жизни и состояние здоровья) в группах клинически здоровых респондентов могут служить критерием в оценке эффективности социализации субъекта (показатель F1 не включен из-за «инверсии порядка» значений). Данные показатели качества жизни, как мы выяснили, не находятся под влиянием соматического состояния респондента.

Статистически значимое различие средних значений F4 (положительные эмоции), F8 (отрицательные эмоции), F13-F16 (личные отношения, практическая социальная поддержка, сексуальная активность, физическая безопасность и защищённость), F20 (воз-

можности для приобретения новой информации и навыков), F21 (возможности для отдыха и развлечений и их использование), G (общее качество жизни и состояние здоровья) при анализе качества жизни клинически здоровых респондентов и больных, страдающих пограничными психическими расстройствами, связано с влиянием болезни и неэффективной социализацией.

В заключение следует отметить, что показатель качества жизни является диагностическим критерием тяжести заболевания и степени нарушения социализации при пограничных психических расстройствах. Медико-социальная реабилитация больных, страдающих пограничными психическими расстройствами, направлена на коррекцию качества жизни, показатели которого определяются нарушениями психического состояния и социализации пациента. Оценка качества жизни позволяет объективизировать стратегии медико-социальной реабилитации больных при пограничных психических расстройствах. Показатель качества жизни может быть использован в качестве реабилитационного стандарта при оценке эффективности медико-социальной реабилитации данной категории больных.

Библиографический список

1. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия 2001. №3. С. 5–6.
2. Медико-санитарные аспекты применения химического и бактериологического (биологического) оружия: доклад группы консультантов/ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 1970.
3. URL: www.medarticle14.moslek.ru/articles/18305.htm (дата обращения 26.06.2007).
4. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1985. С. 52–53.
5. Инвалиды. URL: www.psbook.ru/content190474 (дата обращения 14.05.2006).
6. Смышчёр М. В. Основные принципы реабилитации. URL: www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri (дата обращения 13.05.2008).