

ОГРАНИЧЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Л. Н. ГУМЕНЮК

LIMITATION OF ABILITY TO INTEGRATE TO THE COMMUNITY OF THE PATIENTS WITH PSYCHICAL DISORDERS AS A MEDICO-SOCIAL PROBLEM

L. N. GUMENIUK

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, Симферополь

Представлены результаты анализа феномена ограниченной способности интеграции в сообщество больных с психическими расстройствами. Рассмотрены медико-социальные и психологические аспекты этой проблемы.

Ключевые слова: ограниченная способность к интеграции в общество, медико-социальные аспекты.

The results of the analysis of the phenomenon of limited ability to integrate to the community of the patients with mental disorders are presented. Medico-social and psychological aspects of this problem are featured.

Key words: limited ability to integrate to the community, medico-social aspects.

Исследование способности к интеграции в общество у психически больного без постоянного места жительства представляет собой довольно трудную задачу. В связи со сложностью механизмов формирования этой способности, как она может нивелироваться у человека при развитии психического заболевания, с точностью установить практически невозможно. Под неспособностью к интеграции в сообщество следует понимать не столько нарушение адаптации (личностной и социальной), сколько ограниченную возможность выполнения социальных ролей в обществе. Таким образом, проблему ограниченной способности к интеграции в сообщество (ОСИС) с позиции биопсихосоциального взаимодействия личности, общества и патогенетического влияния психического расстройства необходимо рассматривать как системное, взаимообусловленное мультифакторное явление [1], формирующееся при одновременном (последовательном) взаимодействии внешних и внутренних факторов.

Согласно данным европейских исследователей, для бездомных, по сравнению с «нормальной» популяцией, характерно: в 4 раза больше депрессий; в 6 раз больше самоубийств; на них приходится 0,4% смертей от несчастных случаев — это в 10 раз больше, чем в нормальной популяции, и составляет 20% всех смертельных исходов у бездомных. От 30 до 40% бездомных злоупотребляют алкоголем и примерно от 10 до 15% — наркотиками. Около 10% страдают серьезными психическими заболеваниями, а некоторые — сразу несколькими. Статистика не позволяет судить о том, возникают ли эти проблемы до, во время или после того, как

человек оказывается бездомным. Злоупотребление алкоголем или наркотиками рассматривается не в качестве причины или следствия бездомности, а скорее как условие, существовавшее до потери жилья и усугубляемое ею [2].

К факторам, действие которых может обусловить развитие ОСИС, необходимо отнести: ограничение круга общения, стремление к уединению, замкнутость, уход от неблагоприятных ситуаций, перестройку ценностных установок, переживание психической недостаточности, чувства безнадежности, безысходности. Такое поведение и тяжелое переживание чувства «личной» и «социальной» катастрофы на фоне нарастающей социальной беспомощности приводит к неспособности решать психосоциальные проблемы.

В современной социальной психиатрии обсуждается и вопрос о возможной нейробиологической основе ОСИС, к которой у психически больных относят генетические, нейрохимические, психофизиологические, геохимические предикторы ОСИС, а также другие показатели, непосредственно влияющие на функционирование ЦНС и потенцирующие развитие дезадапционного поведения. Несмотря на это, большинство авторов [3–5] считают, что ОСИС носит вторичный характер по отношению к психопатологическим нарушениям. Среди ее причин у 90% больных проблемы взаимосвязи с обществом обнаруживаются именно при дебюте психического заболевания. К нозологически очерченным предикторам ОСИС относят аффективные расстройства, алкоголизм, шизофрению, личностные расстройства.

Тем не менее, по мнению других авторов [6 и др.], ОСИС может считаться самостоятельным расстройством, требующим прицельного изучения, и его нельзя расценивать только как показатель или следствие психического заболевания. В подтверждение данного мнения в МКБ-10 [7] предусмотрена широкая диагностическая палитра расстройств социального функционирования. Однако поскольку в поле зрения специалистов чаще всего попадают лица с уже оформленными дезадаптивными формами социального поведения, оценкой ОСИС можно считать наиболее значимой в качестве показателя вероятности их углубления у обследуемого.

Изучение ОСИС психически больных без постоянного местожительства как медико-социальной проблемы является чрезвычайно актуальной задачей. Между тем медико-социальные аспекты, причинно-следственные взаимосвязи формирования этого феномена очень мало изучены и совершенно недостаточно освещены в специальной литературе. Нуждается в уточнении и совершенствовании и категориальный аппарат, используемый в исследованиях. В соответствии с этим целью настоящего исследования была разработана указанных вопросов, решение которых представляется нам необходимым для создания эффективной системы борьбы с изучаемым негативным социальным явлением и для его профилактики.

С этой целью нами было проведено комплексное междисциплинарное обследование 311 психически больных с ОСИС в возрасте от 20 до 62 лет. Результаты обследования позволили получить материалы, которым посвящено данное сообщение.

Бездомность является, без сомнения, наиболее серьезным и резко выраженным явлением социального отчуждения у психически больных [8, 9]. Оно затрагивает все большее число людей и групп, которые страдают от нищеты, маргинализации и одиночества. Термин «бездомный», с одной стороны, относится к группе лиц с разнообразными и разнородными характеристиками, с другой — характеризуется рядом общих аспектов: нищетой, социальной изоляцией, распадом социальных, личных и семейных связей, отсутствием жилья и социальной поддержки.

Бездомные — это группа с диффузными границами и многообразным составом и характеристиками. В отличие от существовавшего 20 лет назад типичного профиля «бродяги» (мужчины в возрасте около 40 без какой-либо профессии, работающие эпизодически, и т. д.), сегодня можно констатировать новый профиль бездомных — дифференцированных, множественных и с новыми проблемами (лекарственной зависимостью, психическими расстройствами и т. д.). Отчасти это связано с направлением деинституализации в психиатрии. Явление бездомности значительно по масштабам и причинам, о чем свидетельствуют различные годовые отчеты Европейской observa-

тории для бездомных. Тем не менее трудно дать как качественную, так и количественную оценку этой проблемы из-за отсутствия на национальном уровне универсального определения «бездомного» и крайней ограниченности эпидемиологической статистики или исследований, посвященных данной проблеме. Однако существует общее мнение, что бездомные душевнобольные представляют собой особую маргинальную группу. Эта ситуация имеет особую остроту в больших городах (от 25 до 50% взрослых бездомных могут страдать от острой или хронической психической болезни) [8–10].

Основные положения социальной психиатрии определяют генез развития ОСИС как совокупность средовых, личностных и психопатологических (при их наличии) факторов. Обсуждая характер и значимость психологических предикторов ОСИС, можно констатировать, что, если по всем социально-демографическим показателям больной может быть включен в группу ОСИС, то влияние психологических особенностей на степень ОСИС за счет синергизма многих дезадаптирующих факторов исследовано недостаточно. Так, некоторые авторы [11] считают, что психологические факторы ОСИС коррелируют с индивидуальной психологической чувствительностью-устойчивостью (уязвимостью) по отношению к развивающейся дезадаптации. Здесь в механизме развития дезадаптации играют роль компоненты психологического функционирования, «перенапряжение» которых приводит к ОСИС (эмоциональная составляющая личностного компонента, безнадежность и нарастающий разрыв отношений с социумом, деструктивные способы разрешения интра- и межперсональных проблем). Личностными особенностями таких людей являются недостаточная фрустрационная выносливость, психастеничность, безынициативность, подчиняемость, дефицит целенаправленности; инфантильность, эмоциональное упрощение, низкий уровень потребностей и слабость защитных компенсаторных механизмов.

Результаты собственных исследований социальной дезадаптации позволили нам выделить истинный, демонстративный и аффективный варианты формирования ОСИС. Под истинным понимается реальный разрыв микро- и макросоциальных связей с невозможностью их самостоятельного возобновления; под демонстративным — реакция на внешнюю ситуацию и уход в бездомность; под аффективным — реакция на невозможность решения внутриличностных проблем с аффективным «уходом» из микро- и макросоциального окружения в новый социум. При всех трех вариантах ОСИС отмечается значимость негативных жизненных событий, в частности перенесенных психологических травм, причем можно отметить наличие различных бессознательных защитных психологических механизмов. У всех психически больных с ОСИС выявлено влияние негативных жизненных событий и негативный опыт их разрешения. К непосредственным психологическим

причинам, приводящим к формированию ОСИС, можно отнести как «острые» неразрешенные семейные конфликт-проблемы, так и их многолетние «хронические варианты».

В свою очередь среди бездомных можно также выделить три основные группы — хронически, или традиционно, бездомные, люди, недавно вышедшие из психиатрических клиник, и временно бездомные. Так, лица с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) и тяжело психически больные составляют наиболее тяжелую часть бездомных.

Проблема ОСИС у психически больных является сложной и многомерной. Трудно установить какую-либо одну причину и временные связи между психическими расстройствами, развитием ОСИС и бездомностью. Однако весьма вероятно, что психические расстройства «сопутствуют» бездомности, участвуя в формировании ОСИС, а также что серьезные психиатрические проблемы имеются у большинства бездомных. Очевидно, что условия, в которых живут бездомные люди, социальная изоляция и неприятие обществом являются теми факторами, которые могут ускорить появление психического расстройства. В свою очередь наличие серьезного психического заболевания усиливает социальное отчуждение, особенно в ситуациях, когда соответствующее лечение и поддержка не предоставляется, что проявляется формированием ОСИС [12].

Исследуя и характеризуя категорийный аппарат в отношении психически больных с ОСИС без постоянного места жительства, необходимо говорить о тройной коморбидности, которая приводит к особым формам функционирования людей в обществе [10]. Этих больных можно отнести к группе социального риска. Данная группа, объединяющая людей, которые в силу своего социального положения и образа жизни подвержены опасным отрицательным воздействиям, представляет угрозу нормальной жизнедеятельности общества. Традиционно типичными группами риска считаются страдающие зависимостью от ПАВ, проститутки, гомосексуалисты, бомжи, чей образ жизни можно рассматривать как проявление болезней общества, связанных с нарушением форм социального взаимодействия людей. В случае с психически больными следует говорить о росте социального отчуждения, нарушении процессов социальной адаптации, снижении и сужении социальных интересов, социально-психологической деградации личности. Объективной основой появления и существования данной группы риска является антагонистический характер базовых общественных отношений — экономических, политических, правовых, нравственных, определяющих структуру общества и характер взаимодействия в нем, условия и перспективы социального развития.

Наличие в обществе механизмов открытого или скрытого социального угнетения, тяжелые условия жизни без надежды на их улучшение,

отсутствие социальных перспектив, неблагоприятная социально-психологическая атмосфера, недостатки воспитания и образования личности, низкий культурный уровень (особенно при наличии психических отклонений, затрудняющих нормальное межличностное общение) — все это служит питательной почвой для существования групп риска. Необходимо упомянуть о саморазрушающемся поведении, феномен которого в 1980 г. описал N. Farberow [цит. по 13]. Разновидностями его являются зависимые формы поведения со злоупотреблением ПАВ и другие варианты зависимого поведения; асоциальное, делинквентное поведение; анозогнозическое поведение при наличии жизнеопасной соматической патологии.

Роль психиатрической помощи в компенсации социального риска психически больных заключается в преодолении медицинского, социально-экономического, юридического аспекта риска. Преодоление медицинского аспекта связано с этапами и формами психиатрической помощи, социально-экономического — осуществляется в рамках медико-социальной экспертизы, психосоциальной реабилитации; юридического — связано с признанием лица недееспособным и установлением над ним опеки, а также с недобровольным оказанием психиатрической помощи в целях обеспечения безопасности самого больного и других лиц [12]. Итогом психиатрической помощи и в целом целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с психической патологией, а также социальным благополучием [14, 15].

Теорию группы социального риска подтверждают исследователи причин сочетания психических расстройств и бездомности, особо выделяя социальное окружение. В качестве причин называют крайнюю нищету и нехватку доступного по средствам жилья [16–17]. В соответствии с гипотезой единичной катастрофы (single calamity hypothesis), бездомность является следствием личностного кризиса [18]. Следовательно, представляется затруднительным прогнозировать, какие индивидуальные характеристики, переживания и формы поведения приводят к бездомности. Как один из таких кризисов обозначается психическое заболевание. Таким образом, социальное последствие психического расстройства — ОСИС — может приводить к бездомности, и в то же самое время быть ее следствием.

Одним из ранних доказательств положения, что бездомность является следствием психического расстройства, служит проведенное в 1939 г. в Чикаго исследование, которое показало, что шизофрения чаще встречается в трущобах [цит. по 19]. И поскольку шизофрения была наиболее типичной формой функционального психоза, высокая частота этого заболевания позволяла выявить связь между заболеваемостью и низким социально-экономическим статусом больных.

Была выдвинута гипотеза, в соответствии с которой большая частота шизофрении в бедных районах объясняется тем, что люди, живущие там, испытывают гораздо большее чувство социальной изоляции, ведущей к развитию социальной дезинтеграции. Данная теория вызвала дискуссию, которая продолжается и по сей день. Исследование показало, что трущобы не дезорганизованы, но их социальная структура отличается от таковой в более благополучных районах. С другой стороны, интерпретация этих данных несколько изменилась, поскольку в них подразумевалась непосредственная связь между бедностью и шизофренией. В дальнейшем было доказано, что бедность может быть не столько причиной, сколько следствием шизофрении, и больные шизофренией попросту постепенно перемещаются в бедные районы вследствие влияния социально дезадаптирующих симптомов заболевания [16].

Исследуя проблему ОСИС у психически больных, необходимо сказать о нивелировании у данной категории пациентов так называемой социальной активности. Под социальной активностью в данном случае понимается поведение социальных субъектов, воспроизводящее или изменяющее условия их жизнедеятельности и развивающее их личностную структуру. Нередко социальная активность определяется как способность субъекта к указанным формам поведения. Анализ социальной активности у пациентов с ОСИС начинается с исследования поведения, реакций, вызванных влиянием ситуации, а также обусловленных внутренним состоянием субъекта в момент действия и нередко выходящих за пределы требований текущего момента. С этой позиции деятельность оказывается одной из наиболее выраженных форм общей активности, а активность социальная — условием самоопределения личности в обществе и сознательной регуляции поведения.

Степень социальной активности больных с ОСИС можно охарактеризовать по следующим параметрам: а) мобильность; б) разнообразие способов и сфер действия (социальная активность выше у лиц, включенных в большее число общественных связей); в) сознательность осуществляемых действий, приобретающих свойства общественно значимых поступков; г) использование опыта других субъектов, что помогает расширить объем и усилить интенсивность преобразующей деятельности; д) привлечение сил других субъектов для достижения общественно значимых целей; е) творческий потенциал, обеспечивающий генерацию новых способов преобразования природы и общественных отношений. Таким образом, в отношении больных с ОСИС под социальной активностью подразумевается сугубо социальный уровень поведения, предпосылкой которого могут служить различные социально-психологические особенности.

Следующим оценочным показателем активности является депривация и ее социальное зна-

чение. Под депривацией понимается психическое состояние, возникающее в результате лишения или ограничения возможностей удовлетворения каких-либо потребностей субъекта в достаточной мере и в течение длительного времени. Возникновение депривации обусловлено недостатком социальных и сенсорных стимулов, когда человек живет в социальной изоляции. В свою очередь под социальной депривацией принято понимать ощущение, осознание личностью разрыва между ее ожиданиями и действительностью. В отличие от депривации психологической, понимаемой как сенсорная недостаточность, изоляция от внешних раздражителей, депривацию социальную характеризуют как потребность в социальных контактах, состоянии социального дискомфорта, сопровождаемого непривычными или негативными психическими переживаниями. В теоретических разработках при изучении социальной депривации ее связывают с социальным неравенством и образом жизни маргинальных и социально слабозащищенных групп населения, лиц с отклоняющимся поведением, безработных, инвалидов и т. д., а также с проблемами одиночества в условиях урбанизированного общества [20, 21].

Исследуя проблему ОСИС у бездомных психически больных, необходимо определить основные термины, которые часто используются по отношению к ним в научно-медицинской и социально-психологической литературе, инструктивно-методических материалах и законодательном обеспечении.

Под медико-социальной диагностикой следует понимать анализ медико-социальных проблем больных с ОСИС, проводимый с целью выявления нарушения жизнедеятельности, функционирования и развития. Диагностика основывается на ряде принципов: объективность, причинность, многофакторная обусловленность. Различают общую и частную диагностику. Первая направлена на выявление медико-социальных проблем пациента — выделение по степени тяжести (значимости) и причинно-следственной зависимости, а также основной «стартовой» проблемы, решение которой является первоочередным. Частная социальная диагностика проводится аналогичным образом для выбранной «стартовой» проблемы.

В общепринятой трактовке жизнедеятельности и жизнеобеспечения, используемой по отношению к больным, под жизнедеятельностью понимается сущность и свойства человеческого организма объективно выполнять свои физиологические, физические (обмен веществ, приспособляемость к окружающей среде и т. д.), социальные (социальные отношения и социально-ролевые предписания) и другие функции. Жизнедеятельность обеспечивается как самим человеком, так и сложной системой мер со стороны общества и государства. *Жизнеобеспечение* — составляющая образа жизни, деятельность, связанная с вовлечением людей в процессы хозяйственной жизни, прежде

всего в систему общественного труда, направленная на удовлетворение базовых потребностей и нужд [22].

Интеграция — ключевое понятие в социальной психиатрии. Под ним подразумевается процесс, при котором индивид и другие члены общества, имеющие ограниченные возможности здоровья, интеллекта и др., не являются социально обособленными или изолированными, а участвуют во всех видах и формах социальной жизни вместе и наравне с остальными. Полноценная включенность индивида в обычную социокультурную жизнь, когда его дефект в результате компенсации не мешает ни ему, ни окружающим в процессах социального взаимодействия и коммуникации, можно трактовать как социокультурную интеграцию индивида. В свою очередь под «лицом с ограниченными возможностями» подразумевается человек, страдающий временными или постоянными, врожденными или приобретенными пороками, не позволяющими ему самостоятельно и в полной мере реализовать свой потенциал.

С понятием интеграции тесно связано понимание процесса адаптации и компенсаторных процессов организма, которые необходимо учитывать при обследовании пациентов и разработке соответствующих медико-социальных мероприятий. *Адаптация* — это приспособление организма к постоянно изменяющимся условиям существования во внешней среде. Без адаптации невозможно было бы поддержание нормальной жизнедеятельности и приспособление к различным факторам внешней среды (различным условиям труда, быта, питания, болезням, старости, инвалидности). *Компенсаторные процессы* — это совокупность реакций организма в ответ на повреждение, выражающаяся в возмещении нарушенных функций организма за счет деятельности неповрежденных систем, отдельных органов или их частей. Компенсаторная перестройка включает восстановление и замещение утраченных или нарушенных функций, а также изменение последних. Компенсация нарушенных функций является сложным, многообразным процессом перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций, развитие замещающих навыков, позволяющих выполнять социально значимые функции, ранее недоступные индивиду вследствие дефекта [23].

При обследовании психически больных с ОСИС важное значение имеет выявление *социокультурной компетентности* — меры способности владения знаниями и навыками, необходимыми для эффективного участия в процессах взаимодействия и коммуникации. Механизмом социокультурной составляющей в общих медико-социальных мероприятиях оказания помощи больным является последовательно проводимый комплекс мер, обеспечивающий переход от восстановительного лечения к освоению навыков, необходимых для выполнения стандартных действий, а затем к обучению комбинаторике и ис-

пользованию таких навыков в типичных социокультурных ситуациях.

В целом оценивание медико-социальных проблем больных базируется на их способности к *социальной мобильности*. Под социальной мобильностью понимается перемещение индивидов из одних общественных слоев в другие, их движение к более высоким или к более низким иерархическим позициям. Различают социальную мобильность «вертикальную» (восхождение — нисхождение в системе социальных позиций) и «горизонтальную» (передвижение на одном и том же социальном уровне); межпоколенную (перемена социального положения от родителей к детям) и внутривоколенную (индивидуальная карьера по принципу восхождение — нисхождение в социальной иерархии). Уровень социальных перемещений пациента в медико-социальном плане позволяет оценить будущий его статус и эффективность реабилитационных программ. Такая оценка дает возможность прогнозировать способность к независимому образу жизни. Это не только социально-психологическая установка на полноценную интеграцию пациента в сообщество, в широком понимании — это способ мышления, психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими людьми, обществом, окружающей средой.

В отличие от традиционного подхода, с точки зрения идеологии медико-социальной реабилитации, определение возможности независимого образа жизни — это оценка способностей человека, основанная на ценности каждой человеческой личности, необходимости ее развития. Однако в целом для оценки ОСИС с позиции независимого образа жизни в обязательном порядке должны учитываться ограничения жизнедеятельности, которые, собственно, и приводят к снижению способности индивида функционировать в обществе. Под *ограничением жизнедеятельности* понимается полная или частичная утрата человеком способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью. При оценке ограничений жизнедеятельности должны учитываться *трудные жизненные ситуации* — положение, объективно нарушающее жизнедеятельность пациента (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты, жестокое обращение в семье, одиночество и т. п.), которое он не может преодолеть самостоятельно, в связи с чем ему необходима помощь.

Итоговым, заключительным действием в исследовании проблемы ОСИС психически больных является оценка их социальной роли. Под *социальной ролью* понимается устойчивая совокупность функций, направленная на достижение

социально полезных результатов в стандартных ситуациях социального взаимодействия. Социальная роль — модель поведения выполняющего определенные социальные функции человека, объективно заданная социальным статусом или позицией личности в системе общественных либо межличностных отношений. Исполнение социальных ролей должно соответствовать принятым социальным нормам и ожиданиям окружающих вне зависимости от индивидуальных особенностей личности, поскольку социальная роль вытекает из индивидуальных социальных отношений и взаимосвязи между людьми, осуществляющими совместную деятельность. В ролевом описании общества любая ролевая группа предстает в виде набора определенных социальных позиций, в которых человек обязан повиноваться «социальному заказу» или ожиданиям других людей, связанных данной позицией или деятельностью. Выполняя такой «социальный заказ», человек осуществляет один из нескольких возможных вариантов исполнения социальных ролей, при котором происходит смыкание индивида и общества, превращение индивидуального поведения в социальное, сопоставление индивидуальных свойств и наклонностей людей с бытующими в обществе нормами, традициями, законами, и в зависимости от результата данного процесса идет отбор людей на те или иные социальные роли. Эти роли различны по своей значимости, от обусловленных интересами больших социальных общностей и ролевых требований в сферах разделения труда и управления до отдельных функций в групповом и межличностном общении. Проблемой при выполнении социальных ролей может стать развитие *сегрегации* — установления социальных барьеров и социальной дистанции, инициатива которой может исходить как от общества, так и от самого индивида.

Подводя итог проведенного исследования, можно классифицировать понятия ОСИС и его структурных составных. Ограниченная способность к интеграции в сообщество — неспособность больного человека (вытекающая из нарушения функций и ограничения жизнедеятельности) интегрироваться в сообщество — выполнять обычную для его положения роль в жизни в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения. Данное понятие тесно связано с понятием социальной недостаточности (социальной дезадаптации), которая представляет собой социализацию болезни и отражает бытовые, социальные и экономические последствия болезни для индивида и его контактов со средой обитания.

ОСИС оценивается по обстоятельствам, которые ставят больного в невыгодное положение по сравнению со здоровыми. Измерителями ОСИС являются так называемые критерии выживания. Экспертами ВОЗ выделены 6 ключевых критериев выживания: ориентация в окружающем, физическая независимость, мобильность, общение (социальная интеграция), занятия, экономическая

независимость. Несоответствие любому из этих критериев формирует ОСИС, которая складывается из выявленных ограничений жизнедеятельности по следующим критериям:

1. Самообслуживание — способность поддерживать эффективное независимое от других лиц существование, в частности функции личного ухода и другую повседневную деятельность, личную гигиену.

2. Самостоятельное передвижение — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в пределах бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

3. Обучение — способность к восприятию и усвоению знаний (общеобразовательных, профессиональных и т. п.), овладение навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

4. Трудовая деятельность — способность осуществлять работу соответственно требованиям к ее содержанию, объему и условиям выполнения.

5. Ориентация — идентификация своего места нахождения в культурно принятом соответствующем пространстве и времени.

6. Общение — способность устанавливать контакты с людьми, поддерживать обычные общественные отношения путем восприятия, переработки и передачи информации.

7. Контроль над своим поведением — способность осознавать и корректно вести себя в повседневной жизни и в отношениях с окружающими, адекватно реагировать с учетом социально-правовых норм.

ОСИС представляет собой интегральный индекс общего функционирования в разных сферах. Она возникает при нарушении способности выполнять так называемые «жизненные или социальные нормы» [24]. К общей характеристике больных с ОСИС можно отнести: резко выраженную неспособность к установлению и поддержанию социальных отношений; нуждаемость в помощи в ситуациях, требующих наличия основных бытовых навыков; несоответствие правилам социального поведения, которое приводит к вмешательству со стороны психиатрической службы или правоохранительных органов.

Общим реабилитационным направлением в «обратной социализации» психически больных с ОСИС должна быть система реабилитационных мероприятий «Подготовка к жизни больных в сообществе», включающая: интеграцию их в общество; непосредственное обучение навыкам адаптации и решения проблем; профилактику рецидивов и кризисные вмешательства; постепенное расширение сферы ответственности пациента; поддержку и обучение людей в окружении пациента; бригадный подход. Главной задачей интеграции больных должно стать предоставление им более широких возможностей для установления социальных отношений. Необходимо создавать максимальные возможности для участия больных в «обычных» социальных отношениях;

активизировать поддержку процесса интеграции; оказывать помощь в налаживании новых отношений, увеличении разнообразия социальных связей и длительности отношений (стратегия развития способности формирования постоянных отношений со специалистами, персоналом, семьями).

Литература

1. *Абрамов В. А., Жигулина И. В., Подкорытов В. С.* Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов.— Донецк: Лебедь, 2002.— 279 с.
2. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психиатрических заболеваниях.— Киев: Сфера, 2000.— 60 с.
3. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore / W. R. Breakey, P. J. Fischer, M. Kramer et al. // JAMA.— 1989.— Vol. 262.— P. 1352–1357.
4. Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a southeast city in Brazil / U. Heckert, L. Andrade, M. J. Alves et al. // Psychiatry Clin. Neurosci.— 1999.— Vol. 249.— P.150–155.
5. *Breakey W., Fischer P.* Mental illness and the continuum of residential stability // Soc. Psychiatry & Psychiatr. Epidemiol.— 1995.— Vol. 30.— P. 147–151.
6. *Бионьшев М. Е.* Организация медицинской помощи пациентам социально уязвимой категории (бездомные): Дис. ... канд. мед. наук.— М., 2003.— 144 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике.— Киев: Факт, 1999.— 272 с.
8. *Дрейк К., Роберт Э., Фред С.* Бездомность и двойной диагноз // Амер. психолог.— 1991.— Т. 46 (11).— С. 1149–1158.
9. *Goldman H.* Deinstitutionalization: the data Demythologized // Hospital and Com. Psychiatry.— 1984.— Vol. 34 (2).— P. 129–134.
10. *Carling P. J.* Promoting social integration // Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities.— N. Y.— London: The Guilford Press, 1995.— P. 249–270.
11. *Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии.— М.: Медпрактика.— М., 2004.— 492 с.
12. Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств. Отдел психического здоровья ВОЗ.— СПб.: Оверлай, 1994.— С. 8–12.
13. *Иванов В. А.* Психиатрическая помощь в системе социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами: правовые вопросы. Автореф. дис. ... канд. юр. наук.— Омск.— 2006.— 28 с.
14. *Курушин В. В.* Система социальной адаптации лиц без определенного места жительства в условиях мегаполиса: социологический аспект. Автореф. дис. ... канд. социол. наук.— М., 2004.— 26 с.
15. *Пентюхов А. В.* Проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации бездомных инвалидов в г. Москве // Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: Матер. респ. науч.-практ. семинара с междунар. участием.— Ташкент: Узбекистан, 2004.— С. 51–52.
16. *Левина Н. Б., Любов Е. Б., Поташева А. П.* Жилье как форма социальной реабилитации хронически психически больных // Соц. и клин. психиатрия.— 2007.— № 1.— С. 80–89.
17. *Гутов Р., Назаров А.* Бездомные в России: взгляд на проблему // Народонаселение.— 2001.— № 4.— С. 117–121.
18. *Карлинг П. Дж.* Возвращение в сообщество: построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью.— К.: Сфера, 2001.— 442 с.
19. *Folsom D., Jeste D. V.* Schizophrenia in homeless persons a systematic review of the literature // Acta Psychiatr. Scand.— 2002.— Vol. 105.— P. 404–413.
20. *Прий Г. А.* Поведінкова дисфункція у пацієнтів, які страждають на психічні розлади // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 3 (52).— С. 100–103.
21. *Прий Г. А.* Дисфункція соціальних ролей у пацієнтів, які страждають на психічні розлади // Арх. психіатрії.— 2007.— № 1–2 (48–49).— С. 26–33.
22. *Энтони В., Коэн М., Фаркас М.* Психиатрическая реабилитация.— К.: Сфера, 2001.— 298 с.
23. *Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполопова Т. Л.* Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руков. для врачей-психиатров, психологов и соц. работников.— Донецк: Каштан, 2006.— 268 с.
24. Материалы заседания Генеральной ассамблеи ООН 20 декабря 1993 г. Резолюция № 48/49 // Электронна нормативно-правова бібліотека «Експерт-Юрист».— www.expertsoft.com.ua.

Поступила 22.08.2008