

«ЖИЛЬЁ С ПОДДЕРЖКОЙ» КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

И.С. Маломан¹, А.К. Гажа^{2,3}

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России,

²Кафедра психиатрии и неврологии ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина»;

³ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»

В настоящее время жильё с поддержкой для пациентов с тяжелым хроническим психическим расстройством – важное терапевтическое звено между больничным этапом и независимым проживанием больных с утратой навыков самостоятельной жизни в социуме, потерей социальной компетентности и социального статуса [4]. Актуальность оказания помощи в таких подразделениях обусловлена феноменом длительного стационарного пребывания и невозможностью выписки из больницы ряда пациентов в связи с утратой жилья и социальной поддержки [1, 57, 81, 91], что является основным препятствием возвращения в социальную среду и продолжения реабилитационных мероприятий [37,67], а также бездомностью, поскольку у многих бездомных выявляются психические расстройства и наркологические проблемы [37, 38, 42, 67, 69, 82].

В западных странах реабилитация и социальное восстановление психически больных с использованием различных форм переходного жилья стоит несколько в стороне от психиатрической службы, в то время как в отечественном здравоохранении большинство форм организационно связано с психиатрической службой.

Люди с тяжелыми психическими заболеваниями, живущие в квартирах или общественных домах, более адаптированы, менее одиноки и имеют сравнительно высокое качество жизни [43]. Функционирование в обществе способно «дестигматизировать» жизнь пациента. В Австралии при сравнении лиц с инвалидностью по психическому заболеванию, проживающих в домах-интернатах, и проживающих в частных домах (с семьей или в одиночку) показало, что жители домов-интернатов имеют более выраженные когнитивные и социальные проблемы, более высокий уровень общей инвалидности и сниженный

уровень самостоятельности, при том, что тяжесть клинической картины заболевания не имела существенных различий между двумя группами. Характер ситуации, в которой оказался пациент – фактор, определяющий длительность ремиссии у больных шизофренией. Отсутствие качественных вариантов жилья приводит к так называемому феномену «вращающихся дверей» [43], в то время как 80–90% людей с тяжелыми психическими заболеваниями указывают, что они предпочли бы «клубный дом», а не психиатрическое учреждение. Предоставление адекватных, поддерживающих вариантов жилья в сообществе для удовлетворения предпочтений пациентов положительно влияет на их субъективное восприятие своего качества жизни [58].

Общинные программы проживания могут успешно заменить долгосрочную стационарную помощь, поддерживаемое жильё способно обслуживать разнообразный контингент лиц с психическими расстройствами. Решающее значение, по мнению исследователей и самих пациентов, имеет качество жизненной ситуации человека с психическим расстройством, включая его потребности и индивидуальный уровень функционирования [58].

На базе реабилитационных учреждений решаются задачи практического освоения приближённых к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций. Весь комплекс «промежуточных» между психиатрическими учреждениями и обществом звеньев способствует (с помощью практического освоения социальных ролей и позиций) развитию у пациента способности к жизни непосредственно среди населения. Одновременно этот процесс направлен на «генерализацию» восстанавливаемых навыков самостоятельного проживания, знаний, умений, полученных с помощью психо-

социальной терапии, применительно ко всё более сложным отношениям и требованиям, то есть к тому, что ожидает пациента в социальной среде [7].

Для реабилитации лиц с психическими расстройствами используют такую организационную форму помощи как переходное жильё – промежуточное подразделение, которое занимает место между стационаром и самостоятельным проживанием. К ним относятся «Дом на половине пути», «жильё под защитой», в которых сохраняются некоторые черты, присущие психиатрическим стационарам, в частности, обеспечение безопасной среды, круглосуточное наблюдение персонала, некоторое ограничение режима, особенно в отношении выхода за пределы территории, черты контроля не только фармакотерапии, но и социальных контактов, связанных, например, с предупреждением вовлечения в среду злоупотребляющих алкоголем, склонных к криминальным поступкам [15, 55]. Жильё под защитой – широкое понятие, включающее различные организационные формы, поскольку в той или иной степени элементы защищённой среды сохраняются практически во всех этих подразделениях [7, 24, 68, 75]. Иногда жилищные программы предоставляют резидентам лишь различные виды социальной поддержки, то есть их обслуживают только социальные работники, а резиденты живут в съёмных или собственных домах. «Case management» («ведение случая») в таких формах осуществляется гибко, в зависимости от потребностей и функциональных возможностей пациента [71, 72, 79, 80, 85–87].

Организационная структура, включающая функционально дифференцированные медико-социальные учреждения (высоко контролируемые интернаты, жильё под защитой со средним уровнем контроля и полунезависимые реабилитационные квартиры) под единым административным и медицинским руководством [21] представляют собой континуум организационных форм психосоциальной реабилитации на базе предоставления жилья для психически больных [42, 54, 55, 78, 91]. Это последовательность программ с разным уровнем контроля пациентов: от более ограничивающего, когда они нуждаются в активном попечении и лечении, до относительно свободного – для пациентов, достигших более высокого уровня клинко-социального восстановления и автономности в социальной среде, когда предоставляются лишь гибкие варианты инструментальной и эмоциональной поддержки [21, 48, 91].

Длительное пребывание в таком «континууме» организационных жилищных форм может оказывать негативное влияние в виде формирования стереотипа изоляции по отношению к здоровому населению, пациенты всё равно не воспринимают предоставленное жильё как своё, тем более, что в них преобладает регламент, полезный для их активизации, но далеко не всегда обеспечивающий комфорт проживания [88].

Принципы организации обслуживания пациентов полипрофессиональной бригадой в различных формах жилья с поддержкой, режимы проживания в них, содержание психореабилитационной работы подробно описаны во многих отечественных и зарубежных работах [5–7, 75, 89]. Контингент пациентов, направляемых на психосоциальную реабилитацию в сопровождаемом жилье, утративших собственное и социальные связи, представлен большей частью больными шизофренией (65–70%), при этом обычно речь идёт о пациентах с длительным, многолетним течением болезни, с относительно стабилизированным психическим состоянием, зачастую на стадии регрессивности процесса (но не исключая возможности обострений), как правило, получающих поддерживающую психофармакотерапию. Часть направляемых в такие учреждения – пациенты с неглубокой умственной отсталостью, иногда с психопатоподобной симптоматикой и склонностью к бродяжничеству в анамнезе, больные эпилепсией с редкими припадками (3–4%), пациенты с органическими поражениями головного мозга (8–9%) [5, 21, 23].

В «групповых домах», расположенных зачастую вне территории психиатрических служб в обычных жилых массивах, концентрируются пациенты с меньшей выраженностью негативных расстройств, но часто с остаточной психопатологической симптоматикой, получающие активную амбулаторную терапию, а также на стадии относительной стабилизации процесса, нуждающиеся в психосоциальных мероприятиях.

Особые показания имеют сателлитные общежития или квартиры (их обозначают также как тренировочные или реабилитационные квартиры [15]), иногда для совместного проживания, организуемые обычно при психиатрических учреждениях для пациентов, планируемых к выписке после длительного, иногда многолетнего пребывания в стационаре в случаях утраты ими навыков независимого проживания. Такие пациенты после психосоциальной терапии и прохождения практики независимого проживания с помощью социального работника в таком общежитии выписываются для самостоятельной жизни.

Переходя к реабилитационным формам с низкой интенсивностью контроля персонала (медицинского или персонала только с социальным образованием) в предоставляемом или даже собственном жилье, важно отметить, что такие виды помощи предназначены для пациентов, подготовленных для самостоятельного проживания и нуждающихся в той или иной степени поддержки (инструментальной или эмоциональной) [40, 65, 73]. Клинико-социальная и экономическая эффективность такой модели терапевтической интервенции показана во многих работах: отмечается улучшение социального восстановления и качества жизни в целом, социально-трудовых навыков, вовлечения в систему лечения и социальной поддержки психически больных, снижения потре-

ности в больничных учреждениях и даже улучшения общественной безопасности. Как результат использования различных форм жилья под защитой отмечается эффект предупреждения повторной бездомности [61, 62, 76].

Затраты на защищенное жильё даже при учёте медицинских затрат, меньше чем на обычное жильё [79]. Эффективность данного метода, отмеченная в том числе и в исследованиях отечественных авторов, достигается за счет улучшения социального функционирования и качества жизни психически больных, сокращения числа повторных госпитализаций, повышения комплаенса, возвращения в жизнь ранее многие годы находящихся в стационаре больных [3, 4, 22, 29].

Применение модели «защищённого жилья» как метода психосоциальной реабилитации показано пациентам с длительной госпитализацией и утратой или выраженным снижением навыков повседневной жизни и самообслуживания в быту с невозможностью самостоятельного проживания и социально дезадаптированным хронически психически больным в амбулаторных условиях, в том числе и в особенности одиноко проживающим, а также для лиц, утративших социальные связи при отсутствии собственного жилья. Эта модель характеризуется этапностью восстановления возможностей независимого проживания. Главным условием включения в группу является сохранение упорядоченного, социально приемлемого поведения. Важно отметить, что данный подход противопоказан пациентам на высоте острых психотических расстройств, в состояниях с выраженной тревожностью, расторможенностью, неспособностью контролировать поведение.

В первую очередь необходима предварительная оценка возможностей независимого проживания, проблем и «ослабленных болезнью точек функционирования» в различных сферах жизни пациента. Для оценки социальной адаптации необходимо учитывать констелляцию факторов (социальная направленность личности, общение, ролевое поведение в семье и неформальных группах, сексуальные и партнерские отношения, организация досуга, хозяйственно бытовая сфера, материальная и духовная

жизнь) [12]. При анализе социального функционирования пациента требуется учет комплекса факторов, состоящий из оценки межличностных контактов, спонтанной социальной активности, способности к решению возникающих проблем, семейного функционирования, производственной деятельности [25]. Большинство авторов признаётся необходимость многоаспектного подхода к оценке функционирования пациентов [36, 56, 64]. Отмечается, что возможна успешность в какой-либо одной области и удовлетворенность этой сферой (например, трудовой деятельностью) и недостаточный уровень функционирования в другой (например, в семье). Поэтому важным считается учёт всего спектра показателей, отражающих различные стороны функционирования пациентов и их субъективную оценку [56]. Этот спектр включает следующие компоненты: соматические (physical), когнитивные (cognitive), аффективные (affective), социальные (social) и экономические (economic) показатели (PCASE) [63]. В последующем было предложено дополнить эти показатели вопросами, касающимися «функционирования Я» (ego functioning) – PCASEE [41].

Важно отметить, что лишь при проведении интенсивной программы психосоциальной реабилитации, каждая из форм жилья с поддержкой становится не очередным местом длительного пребывания хронически психически больного, а является реабилитационным учреждением, звеном психиатрической службы и способствует скорейшему возвращению пациентов к самостоятельному, автономному социальному функционированию.

В целом можно отметить, что в настоящее время разработаны и внедрены различные типы жилья под защитой. В основе этих методов лежат принципы социальной интеграции психически больных. Вместе с тем, на сегодняшний день недостаточно изучены подходы к различным группам пациентов, которым оказывается этот вид помощи, не рассмотрены вопросы, касающиеся возможных осложнений и побочных эффектов данного вида терапевтической интервенции, что требует дальнейших исследований в данном направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антошкина Н.К., Харин А.Н. Программа «Жилье с поддержкой» как инновационная форма психиатрического сервиса // XV съезд психиатров России: материалы съезда. 2010. С. 29.
2. Вилкен Ж.П., Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Комплексный подход. // Глобальная инициатива в психиатрии. 2011. 296 с.
3. Гебель К.М. Динамика клинических и медико-психологических характеристик в процессе реабилитации больных шизофренией, утративших социальные связи. Автореф. дис. ... кандидата медицинских наук. С.-Пб. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2009. С. 5–17.
4. Гебель К.М. Медико-реабилитационное отделение с общежитием для больных в структуре психиатрического стационара // Психиатрия. 2018. Т.3, № 79. С. 44–50.
5. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: Актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. №4. С.5–9.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. 2007. 180 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. 2007. 492 с.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД «Медпрактика-М», 2004. 492 с.
9. Демчева Э.Н., Джавид О.С. Сопровожаемое проживание – новый сервис для инвалидов. Обзор литературы // Сервис Plus. 2018. Т.12. №3. С. 146–152.
10. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Михайлов В.И. Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами в РФ в 2016 году // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2017. № 9. С. 14–24.

11. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Николаева Т.А. Структурный анализ общей заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2016–2018 годах // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 6. С. 4–15.
12. Жариков Н.М., Либман Ю.И. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией // Методическое письмо. 1970. 75 с.
13. Казаковцев Б.А. Региональные программы неотложных мер развития психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 2. С. 36–38.
14. Кекелидзе З.И. Казаковцев Б.А. Эпидемиологические показатели деятельности психиатрических служб Российской Федерации (2005–2013 гг.) // ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. 2015. 572 с.
15. Кольцов А.П. Программа защищённого жилья «Дом на половине пути» // Современные тенденции оказания психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: материалы Рос. конф. (Москва, 5–7 октября 2004г.). 2004. С. 63–64.
16. Коцюбинский А.П. Методы психологической диагностики лиц с эндогенными психическими расстройствами: усовершенствованная методология // СПб НИПНИ им.В.М.Бехтерева. 2006. 47с.
17. Коцюбинский А.П. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание // Гиппократ плюс. 2004. 336 с.
18. Красик Е.Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. 1985. 156 с.
19. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., Цукарзи Э.Э. // Проект: Федеральные Клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении. 2016. 41 с.
20. Ландышев М.А., Петров Д.С. Оценка эффективности программы защищённого жилья для лиц, страдающих психическими расстройствами // Тюменский медицинский журнал. Т.18, № 2. 2016. С. 25–29.
21. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Поташева А.П. Жилье как форма социальной реабилитации хронически психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т.17, № 1. С. 80–89.
22. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара // Дисс. ... канд.мед.наук: Московский научно-исследовательский институт психиатрии. 2007. 175 с.
23. Лиманкин О.В., Лаптева К.М. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т.13, № 2. С. 99–104.
24. Лифшиц А.Е. Реабилитация психически больных с тяжёлыми формами патологии // Дисс. ... докт.мед.наук. 1984. С.18–160.
25. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. Томск. 1995. 212 с.
26. Мьюджин М. Психическое здоровье в Европе: новый консенсус. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. // Материалы научно-практической конференции. 2006. С. 1–9.
27. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как основа холистического диагностического подхода. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28 № 4. С.47–53.
28. Незнанов Н.Г. Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. 2009. Т.1. С.32–36
29. Уткин А.А. Инновационная форма психосоциальной терапии и реабилитации «Жилье с поддержкой» при лечении больных с хроническими психическими заболеваниями // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т.19, № 3. С.20–23.
30. Хальфин Р.А., Ястребов В.С., Казаковцев Б.А., Митихина И.А., Митихин В.Г. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий // Психиатрия. 2004. Т. 2, № 8. С. 7–22.
31. Хендерсон Х.Дж., Рутс В. База данных ВОЗ/ЕВРО относительно тенденций развития служб психического здоровья // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. Т. 101, № 4. С.65–70.
32. Швец К.Н., Хамская И.С. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. Т. 5, № 2. С. 72–85.
33. Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С. Отдаленный катамнез больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра после первого обращения в 47 психоневрологический диспансер // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 2. С. 10–15.
34. Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Современные тенденции развития системы психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2017. Т. 117, № 10. С. 4–9.
35. Addington J., Addington D. Early intervention for psychosis; the Calgary Early Psychosis Treatment and Prevention Program // Can. Psychiatr. Assis. Bull. 2001. Vol. 33. P. 11–13.
36. Addington J., Addington D. Impact of an early psychosis program on substance abuse // Psychosoc. Rehab. J. 2001. Vol. 25. P. 60–67.
37. Anthony A., William A.: Boston U, Ctr for Psychiatric Rehabilitation, MA, US. // Psychos. Rehab. J. 1993. Vol 16, № 4. P. 11–23.
38. Appleby E., Botsford A.L. Research, macro practice and aging in the social work education curriculum // Gerontol. Soc. Work. 2006. Vol. 48, № 2. P. 257–79.
39. Bauer M. Die Psychiatrische Abteilung am Allgeminkrankenhaus// Moeglichkeiten und Grenzen. Der Nevenarzt. 1996. Vol.67, № 1. P.139.
40. Bebout R.R., Drake R., Xie H. et al. Housing status among formerly homeless dually diagnosed adults // Psychiatr. Serv. 1997. Vol. 48. P. 936–941.
41. Bech P. Rating scales to evaluate quality of life in depressed patients // WPA teaching bulletin on depression. 1996. Vol. 3, № 9. P. 1–3.
42. Breakey W., Fischer P. Mental illness and the continuum of residential stability // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem. 1995. Vol. 30. P. 147–151.
43. Browne G., Courtney M. Measuring the impact of housing on people with schizophrenia // Nurs. Hlth Sci. 2004. Vol. 6. P.37–44.
44. Camacho E., Liberman R.P., Kopelowicz A. An Integrated Approach to the Treatment and Rehabilitation of Persons with Schizophrenia // Cognitive Psychotherapy Toward a New Millennium. 2002. P. 237–246.
45. Cohen M.R., Anthony W.A. A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill: Avoiding the pitfalls of the past // Psychosoc. Rehab. J. 1988. Vol. 2, № 1. P. 69–72.
46. Craig T.J. Social care: an essential aspect of mental health rehabilitation services // Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2019. Vol. 28. P. 4–8.
47. De Girolamo C., Picardi A., Micciolo R. et al. Residential care in Italy: national survey of non-hospital facilities // Brit. J. Psychiatry. 2002. Vol. 181. P. 220–225.
48. Dickey B., Gonzalez O., Latimer E. et al. Use of mental health services by formerly homeless adults residing in group and independent housing // Psychiatr. Serv. 1996. Vol. 47. P. 152–58.
49. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science, New Series. 1977. Vol.196, № 4286. P.129–36.
50. Engel G., The clinical application of the biopsychosocial model // Am. J. Psychiatry. 1980. Vol. 137. P. 535–544.
51. Engel G. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view // Psychother. Psychosom. 1992. Vol. 57. P.3–17.
52. Enric J. Novella Mental health care and the politics of inclusion: A social systems account of psychiatric deinstitutionalization // Theor. Med.Bioeth. 2010. Vol.31, №3. P.411–27.
53. Charlson F.J., Ferrari A.J., Santomauro D.F., Diminic S., Stockings E., Scott J.G., McGrath J.J., Whiteford H.A. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study // Schizophr. Bull. 2018. Vol. 44, № 6. P. 1195–203.
54. Geller J., Fischer W. The linear continuum of transitional residences: debunking the myth // Am. J. Psychiatry. 1993. Vol. 150. P. 1070–76.
55. Geller J.L. The last half-century of psychiatry services as reflected in psychiatry services // Psychiatr. Serv. 2000. Vol. 51. P. 41–67.
56. Gellert G.A. The importance of quality of life research in health care reform in the USA and the future of public health // Quality of Life Research. 1993. Vol. 2, №5. P. 357–361.
57. Goldstein J.M., Caton C.L. // Psychol. Med. 1983. Vol.13, №1. P.193–199.
58. Horan E. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update // Am J. Psychiatry. 2001. Vol. 158, № 2. P.163–175.
59. Ito H., Setoya Y., Suzuki Y. Lessons learned in developing community health care in East and South East Asia // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, №3. P.186–90.
60. Geller J.L. At the margins of human rights and psychiatric care in North America // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2003. Vol. 399. P.87–92.
61. Jones K., Colson P.W., Holter M.C. Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness // Psychiatr. Serv. 2003. Vol. 54. P. 884–890.
62. Jones K. Social psychiatry in practice. The idea of therapeutic community // Harmonds-worth: Penguin Books. 2003. 190 p.
63. Joyce C.R.B. Quality of life: the state of art in clinical assessment // Quality of life: assessment and application. 1987. P. 169–79.
64. Katschnig H., Freeman H., Sartorius N. Quality of life in mental disorders. Chichester. 1997.
65. Lamb H.R., Lamb D. Factors contributing to homelessness among the chronically and severely mentally ill // Hosp. Com. Psychiatry. 1990. Vol. 41. P. 301–305.
66. Lawson F.S. The Saskatchewan Plan // Can.Nurse. 1957. P. 27–29.
67. Leff J., Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46 // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 176. P. 217–223.
68. Lipton F.R., Siegel C., Hannigan A., Samuels J. Tenure in supportive

- housing for homeless persons with severe mental illness // *Psychiatr. Serv.* 2000. Vol. 51. P. 479–86.
69. Harter L.M., Berquist Ch., Titsworth B.S., Novak D., Brokaw T. The Structuring of Invisibility Among the Hidden Homeless: The Politics of Space, Stigma, and Identity Construction // *Journal of Applied Communication Research*. 2005. Vol.33, №4. P.305–327.
 70. Macpherson R., Shepherd G., Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review // *Adv. Psychiatr. Treat.* 2004. Vol.10. P.180–188.
 71. Mares A.S., Kasprow J., Rosenheck R.A. Outcomes of supported housing for homeless veterans with psychiatric and substance abuse problems // *Ment. Hlth Serv. Res.* 2004. Vol. 6, N 4. P. 199–211.
 72. Mares A.S., Rosenheck A. Implementation of supported employment for homeless veterans with psychiatric or addiction disorders: Two-year outcomes // *Psychiatr. Serv.* 2007. Vol. 58, N3. P. 325–333.
 73. McNeil D.E.I., Binder R.L., Robinson J.C. Incarceration associated with homelessness, mental disorder, and co-occurring substance abuse // *Psychiatr. Serv.* 2005. Vol. 56, N 7. P.840–846.
 74. McQuiston H.L., Gaisman R., Tennison C. Psychosocial rehabilitation: issues and answers for psychiatry // *Comm. Ment. Hlth J.* 2000. Vol. 36. P.605–616.
 75. Middelboe T. Organization and administration // *Br. J. Psychiatry.* 1997. Vol.171. P.251–255.
 76. Min S-Y., Wong Y.L., Rothbard A.B. Outcomes of shelter use among homeless persons with serious mental illness // *Psychiatr. Serv.* 2004. Vol. 55. P. 284–289.
 77. Provost D., Bauer A. Trends and developments in public psychiatry in France since 1975 // *Acta Psychiat. Scand.* 2001. Vol.104, N 410. P. 63–68.
 78. Ridgway P., Zippel A.M. The paradigm shift in residential services: from linear continuum to support housing approaches // *Psychosoc. Rehab. J.* 1990. Vol. 13. P. 11–31.
 79. Rog D.J. The evidence on supported housing // *Psychiatr. Rehab. J.* 2004. Vol. 27. P. 334–344.
 80. Rog D.J., Marshall T., Dougherty R.H., George P., Daniels A.S., Ghose S.S., Delphin-Rittmon M.E. Permanent supportive housing: Assessing the evidence // *Psychiatr. Serv.* 2014. Vol. 65. P. 287–294.
 81. Shepard G.H.Jr. Psychoactive plants and ethnopsychiatric medicines of the Matsigenka // *J. Psychoactive Drugs.* 1998. Vol.204. P.321–323.
 82. Susser E., Valencia E., Conover S. et al. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A “critical time” intervention after discharge from a shelter // *Amer. Publ. Hlth Ass.* 1997. Vol. 87. P. 256–262.
 83. Taintor Z.C. Penetrating prisons with rehabilitation. *Psychotherapy and Psychopharmacology Dissolving the Mind-Brain Bame* // APA 157-th annual Meeting. New York. 2004.
 84. Thornicroft G., Bebbington P. Deinstitutionalisation – from Hospital Closure to Service Development // *Brit. J. Psychiatry.* 1989. Vol.155. P.739–53.
 85. Tsemberis S. *Housing First: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction.* Center City, MN: Hazelden Press. 2010.
 86. Tsemberis S., Asmussen S. From streets to homes: The Pathways to Housing consumer preference supported housing model // *Alcohol. Treat. Quarterly.* 1999. Vol. 17. P.113–131.
 87. Tsemberis S., Kent D., Respress C. Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC // *Amer. J. Public Hlth.* 2012. Vol. 102. P.13–16.
 88. Wolins M., Wozner Y. *Revitalizing residential settings.* San Francisco: Jossey-Bass. 1982.
 89. Wong Y.L., Solomon P.L. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations // *Ment. Hlth Serv.* 2002. Vol. 4. P. 13–28.
 90. Wood P.A., Hurlburt M.S., Hough R.L., Hofstetter C.R. Longitudinal assessment of family support among homeless mentally ill participants in a supported housing program // *J. Comm. Psychol.* 1998. Vol. 26. P. 327–344.
 91. Wykes T., Dunn G. Cognitive deficit and the prediction of rehabilitation success in a chronic psychiatric group // *Psychol. Med.* 1992. Vol. 22, N 2. P.389–398.
 92. Zippay A., Thompson A. Psychiatric housing: Locational patterns and choices // *Amer. J. Orthopsychiatry.* 2007. Vol. 77. P. 392–401.

«ЖИЛЬЁ С ПОДДЕРЖКОЙ» КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

И.С. Маломан, А.К. Гажа

Рассмотрены наиболее важные с точки зрения психосоциальной терапевтической интервенции аспекты оказания помощи в рамках организационной формы защищённого жилья. Освещён опыт внедрения этого вида помощи как за рубежом, так и в нашей стране. Описан континуум форм жилья с поддержкой. Дан ряд рекомендаций для

предварительной оценки возможностей независимого проживания и проблем в различных сферах жизни пациента.

Ключевые слова: шизофрения, шизофренический спектр расстройств, психосоциальная реабилитация, защищённое жильё, дома с поддержкой, групповые дома, сопровождаемое проживание.

«SUPPORTING LIVING» AS ONE OF PSYCHOSOCIAL REABILITATION METHODS

I.S. Maloman, A.K. Gaza

From a psychosocial therapy intervention point of view, more important helping aspects, have been reviewed within the framework of the organizational form of sheltered housing. There have been reviewed experiences of introducing this type of assistance both in our country and abroad. A continuum of supported-living forms is described. A number of recommendations for preliminary assessment of the possibilities of

independent living and problems in different areas of a patients life, have been given.

Key words: schizophrenia, schizophrenia’s spectrum of disorders, psychosocial rehabilitation, sheltered housing, supported living, group home, assisted living.

Маломан Ирина Сергеевна – аспирант ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, отделение клинико-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского НИИ психиатрии-филиала, e-mail: ismaloman94@gmail.com

Гажа Андрей Константинович – кандидат педагогических наук, заслуженный врач РФ, психиатр высшей категории, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р.Державина»; ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»