

НЕВРОЛОГІЯ І ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895

*А.М. Кожина, Р.В. Богатырёва, Л.Н. Гуменюк**

Харьковский национальный медицинский университет

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

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО В СТРАНАХ БЛИЖНЕГО И ДАЛЬНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ

Представлен опыт организации реабилитации психически больных лиц с ограниченной способностью к интеграции в сообщество в странах ближнего и дальнего зарубежья.

Ключевые слова: реабилитация, психически больные, ограниченная способность к интеграции в сообщество.

Психосоциальная реабилитация психически больных с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (ОСИС) на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных медико-социальных и клинико-психологических проблем современности в связи с неуклонным увеличением данного контингента [1].

Существенная часть европейской дискуссии о бездомности сегодня связана с понятием «социальное исключение» [2]. Процесс исключения/интеграции (exclusion/inclusion) происходит с бездомными по меньшей мере дважды. Это процесс исключения из «большого общества» и процесс возвращения/включения в общество; процесс включения в «уличное сообщество», обучение тому, как быть бездомным и как выживать; интеграция в маргинальную культуру, в которой лицо без определенного места жительства является «своим», ее неотъемлемой частью, в которой он «нормален»; процесс исключения из «уличного сообщества», который также, как и процесс исключения из «большого общества», сопровождается разрывом соци-

альных связей, изменением стиля жизни и доступной практики. Исследования сервис-организаций для бездомных показали, что недостаточно предоставить человеку с большим стажем бездомности жилье. Помимо этого необходима длительная и трудоемкая работа, направленная на социальную и психологическую реабилитацию. В каждом конкретном случае должна разрабатываться индивидуальная программа ресоциализации, учитывающая как правовые аспекты ситуации, в которой оказался человек, так и состояние его психического здоровья.

Согласно Европейской декларации по охране психического здоровья [3], реабилитация психически больных с ОСИС важна не только сама по себе, она является механизмом создания равных возможностей для больных с целью стать востребованными людьми. Важнейшей составляющей социальной политики правового государства является социальная интеграция лиц с ограниченными возможностями.

Формы организации реабилитации в разных государствах различны, но цели и зада-

© А.М. Кожина, Р.В. Богатырёва, Л.Н. Гуменюк, 2012

чи, стоящие перед ними, одни и те же. Основными учреждениями комплексной реабилитации за рубежом являются специализированные многопрофильные центры реабилитации, организуемые в больницах и амбулаторных учреждениях по месту жительства, в дневных клиниках, центрах здравоохранения, дневных профилакториях и др. Созданы реабилитационные консультации, станции восстановительного лечения, реабилитационные группы, проводится реабилитация на дому, на коммунальном уровне. К участию в реабилитации, особенно на коммунальном уровне, привлекается местное население. На этом уровне реабилитационные мероприятия часто выходят за пределы деятельности учреждений здравоохранения.

Реабилитационное направление психиатрических служб актуализировало развитие внебольничных форм помощи, среди которых видное место отведено «жилью под защитой» [4]. Развитие жилья под защитой в нашей стране связано с социальной изоляцией и бездомностью хронических больных. Опыт западноевропейских стран показывает, что при помощи хорошо организованного амбулаторного лечения многие пациенты могут обойтись без госпитализации в психиатрическую больницу. Р. McCrone (2000) считает, что амбулаторным режимом и режимом дневных стационаров можно обслужить 90,0 % пациентов с психической патологией и 85,0–90,0 % больных с тяжелыми расстройствами, находящихся на стационарном лечении. При анализе работы служб внебольничной психиатрической помощи в Англии [5] установлены лучшие результаты в отношении приемлемости, удовлетворенности и субъективной оценки со стороны пациентов, чем при традиционной системе лечения в стационаре.

Авторы еще одного исследования провели анализ программы внебольничной психиатрической помощи хроническим больным, которая предусматривала постоянную психосоциальную поддержку и сохранение основных навыков, необходимых в повседневной жизни. Показано, что только интенсивная и длительная программа может сделать больных независимыми от психиатрической больницы. Для того чтобы выписать пациента с хроническим психическим заболеванием из стационара, необходима «многоосе-

вая» система реабилитации (работа, жилье, свободное время) [6].

Из социально-экономических причин, препятствующих социальной реинтеграции психически больных инвалидов в России, А.А. Чуркин (2001) выделяет отсутствие квотирования рабочих мест на рынке общего труда, дефицит учебных и производственных баз для инвалидов, невысокий уровень толерантности к психически больным и изменившуюся социально-экономическую ситуацию в последнее десятилетие. Потеря работы вызывает не только непосредственные последствия (понижение социального и экономического статуса), но и отдаленные — латентные, в частности: изменение режима, утрату стимулов, активности и социальных контактов вне семьи, изменение отношений с окружающими, утрату коллективных целей.

По данным Национального института психического здоровья США, службы систем внебольничной поддержки должны быть «пациент-центрированными»; стремиться предоставлять полномочия потребителям с тем, чтобы они сохраняли контроль над жизнью; соответствовать национальным и культурным особенностям контингента; проявлять гибкость, оперативно реагируя на изменения потребностей; концентрировать внимание на сильных сторонах и позитивных качествах клиента (а не его «дефектах»); быть нормализованными и включать в себя естественные системы поддержки; удовлетворять особые потребности отдельных пользователей; быть подотчетными потребителям и их семьям.

В настоящее время в системе обслуживания лиц с психической инвалидностью наблюдается концептуальный сдвиг. Речь идет о развитии более гибких и эффективных служб внебольничной поддержки по месту проживания в сообществе [7], об усиленном внимании к предоставлению потребителям реальных полномочий, о более эффективном, построенном на уважении к пациенту клиническом вмешательстве, об особом значении, придаваемом удовлетворению основных нужд людей с ОСИС — потребностей в своем жилище, работе, дружеских связях. В систему общественной психиатрической помощи как неотъемлемая ее часть и необходимое условие комплексной внебольничной поддержки, психосоциальной реабилитации

встроена жилищная программа. По мнению большинства авторов, программы жилья для больных бездомных включают три стратегии: вовлечение в интенсивную терапевтическую помощь; осуществление терапевтической помощи; последовательные ресоциализирующие программы. При этом интеграция пациентов в общество — главная цель жилищных (реабилитационных) программ, решающих клинические и социальные проблемы, связанные с несостоятельностью пациентов с ОСИС (ведение домашнего хозяйства, поддержка дохода и занятости). Жилье отличается организационной структурой (режимом и уровнем поддержки), соотношением персонал/жилец, тяжестью симптоматики и расстройств функционирования пациентов, длительностью их пребывания, программами реабилитации.

Доминантой жилищной помощи стал терапевтический континуум [8] — упорядоченная последовательность программ для больных бездомных с конечной целью их независимой жизни. Его элементы включают «переходное» жилье (для временного проживания); поддерживающее жилье с постоянным персоналом и поддерживаемые постоянные квартиры с наблюдением разного уровня. Типичный жилищный спектр расширен за счет кризисного стационара и приютов экстренной помощи, больничных отделений длительного лечения и интернатов, пансионатов и домов семейного содержания. Модель переходного жилья (между стационарным содержанием и самостоятельным проживанием), доминировавшая в политике предоставления жилья за рубежом, организационно (нередко территориально) связана с психиатрическими службами, так как пациент нуждается в активном попечении и лечении. Выбор жилья определяет клиницист, исходя из уровня функционирования и потребностей пациента, который затем перемещается от более ограничивающего и укомплектованного персоналом учреждения к таковому с менее строгим режимом, что обусловлено стабилизацией состояния и обучением конкретным навыкам и умениям вплоть до самостоятельного проживания с минимальной потребностью в социальной поддержке.

Общежития относятся к жилью с высокой интенсивностью контроля и помощи. Они

отнесены к полустационарным формам психиатрической помощи, но развиваются в нашей стране как прибольничные. Общежитие предоставляет стабилизированным пациентам, нуждающимся в восстановлении родственных и дружеских связей, освоении навыков самообслуживания после длительной госпитализации, кров и стол, программу социальной реабилитации до того, как подходящее жилье будет найдено или семейные отношения будут налажены (при необходимости временной изоляции больного из неблагоприятной социальной среды).

Кризисный центр предназначен для оказания неотложной помощи больным, требующим интенсивного круглосуточного лечения до 4–6 недель [9]. При обострении психического состояния или ухудшении функционирования пациент континуума может быть возвращен в учреждение, рассчитанное на более интенсивное лечение, или направлен во избежание госпитализации в такой центр. «Гибкие» и оперативные процедуры приема могут быть этапом после непродолжительной госпитализации и «входными» воротами континуума. Профилактическое значение центра — разрешение жилищного кризиса. Направлением, лечением и выпиской занимается полипрофессиональная бригада, включающая медсестер, психологов, социальных работников и психиатров. Круглосуточная поддержка медсестрами с привлечением консультантов уменьшает дистресс, ощущение провала и безысходности, сопутствующие регоспитализации. Функцию кризисного центра может взять на себя дневной/ночной стационар.

Психоневрологические интернаты (дома сестринского ухода) с круглосуточным медицинским уходом предназначены для пожилых беспомощных больных и инвалидов с сопутствующей тяжелой медицинской патологией. Активные программы и психиатрическое наблюдение требуются для стимуляции социального функционирования и самопомощи.

Семейный патронаж в частных домах показан для стабилизированных пациентов с ведущей негативной симптоматикой [10]. Успех патронажа связан с улучшением их социального функционирования. Переходные программы позволяют персоналу определить

время достижения пациентом «базисного уровня» и оценить его возможности получить реабилитационные услуги после достижения высокого.

«Тренировочные» квартиры предоставляют менее контролируемый уровень жилищных программ. Ежедневное общение с персоналом и индивидуальные занятия по снижению дефицита навыков приготовления пищи и хранения продуктов, расходования денег, уборки и содержания жилища, разрешения конфликтов и планирования отдыха позволяют оценить и повысить готовность к независимому проживанию. Квартиры с поддержкой организованы в Омске, Нижнем Тагиле, в Ленинградской и Рязанской областях [11, 12].

Несмотря на ряд преимуществ жилищных (реабилитационных) программ, существуют и их недостатки.

1. Учреждения жилищных программ, созданные по подобию больничных, не отвечают изменчивым потребностям тяжелобольных и пренебрегают их предпочтениями и выбором. Группировка в местах коллективного проживания в зависимости от уровня функционирования пациента, совместное размещение лиц со сниженным психическим и социальным статусом увеличивают стигматизацию и создают условия, усиливающие неправильное поведение. Примеры нормативных ролевых моделей поведения в обществе полностью обеспечивает персонал. Однородное окружение нездоровых лиц приводит к социальной изоляции даже при размещении учреждения в жилом районе. Нарушен замысел терапии средой и групповой терапией, что сказывается на неоднородности функционирования, когда отдельные пациенты выполняют роль лидеров и помощников.

2. Жильцы должны быть готовы к переходу на следующий этап и приспособливаться к новой бытовой ситуации, где требуются новые навыки. Перенос навыков часто становится проблемой. Любая смена жилья как стрессогенное жизненное событие может вызвать обострение (рецидив) у уязвимой личности.

3. Долог путь до конечной цели обретения своего жилья.

4. Пребывание в программе оговорено согласием пациента соблюдать режим лечения, отказом от психоактивных веществ.

5. Пациенты не воспринимают жилищную программу как обретение своего дома. Персонал готов обеспечить клинически полезную среду, но не комфорт жилища.

6. Течение психического расстройства, выздоровление и реабилитация изменчивы, представляют собой нелинейный индивидуальный процесс. Требование достичь определенного уровня улучшения за определенный период может привести к неудаче, и большие ожидания быстрых изменений, заложенные в программу, нереалистичны.

Парадигма поддерживаемого жилья, проникшая за последние 15 лет в национальные планы психиатрических служб экономически развитых стран, исходит из права тяжелобольных на постоянный дом как предпосылку эффективного лечения: обычная бытовая обстановка становится атрибутом психосоциальной реабилитации. Жильцы взаимодействуют с другими членами сообщества на основе более приемлемых ролей и менее стигматизированы. Модель не связана напрямую с лечением, его оказывают по необходимости. Акцент делается на изменении поведения, препятствующего успешному приспособлению в жизни и стабильности бытоустройства, на развитии умений и навыков, необходимых для выполнения обычных социальных ролей, организации поддержки. Модель включает ряд элементов, сочетающихся в той или иной мере.

1. Пациент имеет собственное или доступное для съема постоянное жилье.

2. Жилищная программа не связана напрямую с медицинскими и социальными службами, но ориентирована на общество.

3. Психиатрическая помощь предоставляется добровольно. Прием лекарств, отказ от наркотиков не обязательны для сохранения жилья.

4. План помощи индивидуализирован, в его разработке и развитии участвует сам пациент. Поддержка неопределенно длительна и гибка в зависимости от изменяющихся потребностей больного. Он контролирует себя, «владеет ключами» и принимает решения о стиле жизни.

5. Нет постоянного контроля персонала полипрофессиональной бригады, но кризисные службы доступны в любой момент. Сотрудники структурируют время пациента,

организовывают мероприятия, но пациент вправе сделать свой выбор.

«Поддерживаемая» независимость тяжелых больных означает доступность интенсивных видов долговременной поддержки от жилищных субсидий до бытовых услуг, от контроля режима лечения до обучения конкретным навыкам и умениям по мере утверждения их в обществе. Психически больные бездомные требуют неотступной и длительной «полевой работы», проводимой круглосуточно и ежедневно на улице или в муниципальном жилье. В измененную для нужд лиц без определенного места жительства с психической патологией бригаду настойчивого лечения входят психиатры, медсестры, наркологи, социальные работники, нередко студенты, при необходимости привлечены другие специалисты. Сотрудники проводят сочетанное лечение больных с психическим и соматическим расстройствами, при злоупотреблении психоактивными веществами и оказывают поддержку.

В странах СНГ в практике работы с бездомными сейчас существуют несколько моделей.

При «трудотерапии» или социальной работе основной упор делается на привлечение бездомных к общественным работам, в процессе которых лицо без определенного места жительства включается в группу работающих, иногда не из числа бездомных. Общественные работы позволяют человеку, утратившему мотивацию к труду, постепенно привыкнуть к трудовому ритму.

Организация коммуны на основе самоуправления и самообеспечения бездомных, выступающей своеобразным «инкубатором» для подготовки бездомного к выстраиванию отношений с более сложными социальными институтами, создает условия для восстановления мотивации к труду. При этом используется гибкий механизм координации и контроля над данной категорией лиц.

Фонд «Ночлежка» в Санкт-Петербурге выбрал своеобразную модель социальной адаптации: они работают в обоих направлениях — включение бездомных в общество и изменение общественного мнения в отношении лиц данной категории. Большое внимание уделяется социально-правовой работе и организации групп самопомощи.

В настоящее время исследователями делается акцент на необходимости программ интенсивного ведения случая заболевания, в которых психиатры и вспомогательный персонал должны содействовать преодолению барьеров на пути к медицинской помощи. Разрабатываются многообразные специализированные программы: профессиональной и психосоциальной реабилитации; психиатрического просвещения, а также программы обеспечения разнообразными формами жилья. Дальнейшее распространение случаев бездомности и криминализации среди психически больных свидетельствует о том, насколько важно рассматривать такие факторы при планировании служб для лиц, страдающих длительно текущими тяжелыми психическими заболеваниями.

Альтернативой традиционной модели психиатрической помощи является канадская модель «субстрата поддержки». В этой концепции ключевым подходом, который, как ожидают, приведет к интеграции и успеху, является использование не официальных, укомплектованных профессионалами источников, а само- и взаимопомощи. Предполагается, что необходимую поддержку окажут члены семьи, близкие, друзья пациента, а также местные общественные и другие структуры (например, церковь, клубные организации, различные службы — коммунальные, жилищные, по трудоустройству и т. д.), предназначенные для всех членов данного сообщества, а не только для лиц с особыми потребностями или определенными «ярлыками». При этом помощь официальной системы охраны психического здоровья ограничивается координацией усилий групп самопомощи, естественных взаимоотношений и местных источников поддержки («поддержка поддерживающих структур»).

Данный концептуальный подход представляется ее авторам наиболее эффективным, поскольку он ближе всего соответствует образу жизни всех граждан независимо от наличия каких-либо особых потребностей или обстоятельств, а также их надеждам на получение поддержки в сообществе. Таким образом, согласно этой модели главной опорой в жизни каждого человека должен быть для себя он сам, затем идут друзья, близкие и т. п. (сотоварищеская и семейная поддержка), далее следуют различные местные службы

(помощь в решении жилищного вопроса и получении профессиональной подготовки, в трудоустройстве и получении возможности для отдыха и проведения досуга) и лишь последнее место в этой «иерархии поддержки» отводится официальной системе охраны психического здоровья, которая из-за постоянного недостатка средств и возможностей самостоятельно не в состоянии компетентно решать вопросы социальной интеграции хронически инвалидизированных пациентов.

Реализация модели «субстрата поддержки» становится реальной практикой при выполнении следующих требований. Психически больные с ОСИС должны быть наделены полномочиями, позволяющими им контролировать собственную жизнь и выбирать, каким видом поддержки воспользоваться. Сообществу необходимо мобилизовать все свои возможности для поддержки таких людей и создания благоприятных условий для их интеграции.

Интеграция пациентов в сообщество как наиболее прогрессивное направление психиатрической помощи хронически инвалидизированным пациентам предусматривает использование разнообразных способов. Наиболее целесообразна психотерапевтическая помощь для переработки заболевания и формирования новой ориентации.

В связи с утратой этими пациентами социальных навыков любая реабилитационная программа должна предусматривать тренинг, направленный на улучшение навыков межличностного общения. Для этой цели рекомендуется использовать когнитивно-бихевиоральные модели психотерапии, расширенные за счет подходов, ориентированных на симптомы и включающих методы преодоления стигматизации. Чрезвычайно важно для реабилитации после длительного периода потери важных социальных функций наделение пациента определенными полномочиями.

Важнейшим ресурсом социальной интеграции лиц с длительно текущими и тяжелыми психическими заболеваниями является использование по отношению к ним этических принципов. К таким принципам можно отнести: автономию, преемственность, эффективность, доступность, полноту, справедливость, подотчетность, координацию, рентабельность.

По сравнению с институциональными программами психиатрической помощи эффективность использования по отношению к психически больным бездомным с ОСИС внебольничных программ не вызывает сомнений. Об этом свидетельствуют многочисленные данные об опыте использования различных экстрамуральных форм помощи в западных странах [13]. К основным принципам реинтеграции в сообщество как наиболее прогрессивной и гуманной системы обслуживания пациентов с хроническими психическими расстройствами относятся следующие [14]: все люди, невзирая на различия между ними, являются членами сообщества; люди, в значительной степени отличающиеся от остальных, могут быть интегрированы в обычное окружение, обычную производственную среду или социальную среду сообщества; всем лицам данного контингента и их семьям необходима поддержка, которая должна предоставляться в сообществе обычными органами оказания помощи, а не специализированными учреждениями для людей с определенными «отличиями» от других; решающим фактором является развитие взаимоотношений между лицами с «ярлыком» и без него, так как они могут многому научиться друг у друга; необходимо вовлекать потребителей и их семьи, наделяя их соответствующими полномочиями, в разработку планов развития служб, в управление ими и в контроль за их работой, причем службы должны быть подотчетны пользователям.

Такое понимание интеграции влечет за собой фундаментальное изменение методов работы, сложившихся и закрепившихся в системе охраны психического здоровья в течение многих десятилетий. На первый план здесь выступают такие формы, которые акцентируют внимание на приоритете личных предпочтений больного и обеспечении достойной жизни. Ключевыми элементами для обеспечения эффективного клинического вмешательства, с точки зрения В.А. Абрамова, являются: подход к пациенту как к партнеру по лечению; признание всего спектра потребностей каждого пациента; использование возможностей семьи пациентов. Такая кардинальная перестройка не возможна без реализации стратегии просветительно-образовательной работы, направленной на

повышение осведомленности сообщества (в том числе медперсонала) о подлинных правах, потребностях и потенциале людей с психиатрической инвалидностью.

Перечисленные формы и методы организации реабилитации имеют практическую ценность и могут быть использованы при разработке системы реабилитационных мероприятий больным и инвалидам с ОСИС. Анализ и использование данных моделей поможет эффективнее построить работу с бездомными. При более подробном исследовании представляется возможным выделение типов бездомных как объектов социальной работы в соответствии с их возможностями социальной адаптации и необходимыми методиками. В клинической практике одним из важнейших направлений психиатрической

помощи и реабилитационной тактики психически больных с ОСИС является преодоление факторов стигматизации и дискриминации, существенно влияющих на качество жизни и социальную сферу у данного контингента.

С нашей точки зрения, целесообразно формирование двухуровневой стратегии ресоциализации бездомных [15]: на макроуровне должны формироваться и реализовываться законодательство и социальные программы, создающие условия для ресоциализации, в том числе обеспечивающие для бездомных доступность социальных услуг и правовой помощи, а на микроуровне (на уровне работы с конкретным бездомным человеком) — формироваться и реализовываться индивидуальные программы ресоциализации.

Список литературы

1. *Гурович И. Я.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М. : Медпрактика-М, 2004. — 492 с.
2. Бомжи как социальное явление [Электронный ресурс]. — Режим доступа : URL : <http://www.kontrolnaja.ru/dir/sociology/20510>.
3. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Глав. врач. — 2005. — № 1. — С. 10–13.
4. Развитие новых психосоциальных технологий в психиатрической службе / С. Б. Козьяков, Л. Б. Борисова, Н. В. Симоненко, А. П. Поташева // Соц. и клин. психиатрия. — 2001. — № 4. — С. 53–54.
5. *McCrone P.* Limits of deinstitutionalization: experience in England : [article in German] / P. McCrone, T. Becker // Psychiatr. Prax. — 2000. — V. 27, suppl. 2. — P. S68–S71.
6. *Ciampi L.* A research program on the rehabilitation of the mentally ill. I. Concepts and methodologic problems (author's transl.) : [article in German] / L. Ciampi, C. Ague, J. P. Dauwalder // Nervenarzt. — 1977. — V. 48, № 1. — P. 12–18.
7. *Виноградова Р. Н.* Об опыте работы по интеграции в общество людей с ограниченными возможностями в Германии / Р. Н. Виноградова, А. М. Логунова // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — № 4. — С. 72–73.
8. *Поташева А. П.* Реабилитационная программа в прибольничном общежитии для бездомных с психическими расстройствами / А. П. Поташева, Н. А. Багаутдинова // Мир людей с ограниченными возможностями : Рос. науч. форум, 17–18 окт. 2006 г., г. Москва. — М., 2006. — С. 36.
9. *Pepper B.* The young adult chronic patient: overview of a population / B. Pepper, M. C. Kirshner, H. Ryglewicz // Hosp. Community Psychiatry. — 1981. — V. 32, № 7. — P. 463–469.
10. *Eikermann B.* Limits of deinstitutionalization? — perspective of the specialty clinic : [article in German] / B. Eikermann // Psychiatr. Prax. — 2000. — V. 27, suppl. 2. — P. S53–S58.
11. *Кабанов М. М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. — СПб., 1998. — 255 с.
12. *Кольцов А. Б.* Программа защищенного жилья «дом на половине пути» / А. Б. Кольцов, М. А. Ландышев, Л. А. Вдовина // 14-й съезд психиатров России, 15–18 нояб. 2005 г., г. Москва : тезисы докл. — М., 2005. — С. 58–59.

13. Using the Referral Decision Scale to screen mentally ill jail detainees: validity and implementation issues / B. M. Veysey, H. J. Steadman, J. P. Morrissey [et al.] // *Law Hum. Behav.* — 1998. — V. 22, № 2. — P. 205–215.

14. Homelessness, mental illness and citizenship / M. Rowe, B. Kloos, M. Chinman [et al.] // *Soc. Policy Adm.* — 2001. — V. 35, № 1. — P. 14–31.

15. Гуменюк Л. Н. Ограничение способности к интеграции в сообщество больных с психическими расстройствами как медико-социальная проблема / Л. Н. Гуменюк // *Международ. мед. журнал.* — 2008. — Т. 14, № 3. — С. 112–118.

Г.М. Кожина, Р.В. Богатирьова, Л.М. Гуменюк

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНО ХВОРИХ ОСІБ З ОБМЕЖЕНОЮ ЗДАТНІСТЮ ДО ІНТЕГРАЦІЇ У СУСПІЛЬСТВО В КРАЇНАХ БЛИЖНЬОГО ТА ДАЛЬНЬОГО ЗАРУБІЖЖЯ

Наведено досвід організації реабілітації психічно хворих осіб з обмеженою здатністю до інтеграції у суспільство в країнах ближнього та дальнього зарубіжжя.

Ключові слова: реабілітація, психічно хворі, обмежена здатність до інтеграції у суспільство.

А.М. Козьміна, Р.В. Богатирьова, Л.Н. Гуменюк

THE EXPERIENCE OF THE ORGANIZATION OF REHABILITATION OF MENTAL PATIENTS WHO HAVE A LIMITED ABILITY OF INTEGRATION INTO THE SOCIETY IN THE COUNTRIES OF THE NEAR AND FAR ABROAD

The experience of the organization of rehabilitation of mental patients who have a limited ability of integration into the society in the countries of the near and far abroad is presented.

Key words: rehabilitation, mental patients, limited ability of integration into the society.

Поступила 14.09.11