

ЖИЛЬЕ КАК ФОРМА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Н. Б. Левина, Е. Б. Любов, А. П. Поташева

Общероссийская Общественная Организация инвалидов вследствие психических заболеваний и их родственников «Новые Возможности», Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии Росздрава, Министерство здравоохранения Свердловской области

Жизнь в стабильных безопасных условиях – неотъемлемое право любого гражданина. Психиатрическая реабилитация и поддержка включают обеспечение жильем тяжело больных (5, 26, 46, 73, 81, 86, 112). «Эра постинституционализации» (49) знаменовалась созданием большинства жилищных программ для хронически больных, разнообразных, поступательно усложняющихся и контролируемых. С 80-х годов XX века коллективные требования семей, объединенных в организации самопомощи, о создании приемлемых условий жилья для их подопечных стали частью борьбы за расширение прав душевнобольных как уязвимой группы населения (7, 143). Организации привлекают фонды и руководят работой реабилитационных и жилищных программ (107). Президентская комиссия по вопросам психического здоровья (США) выделила как национальный приоритет борьбу с бездомностью психически больных (135).

Бездомные и психические расстройства

Определение бездомности. Бездомность (Б) означает не менее одной ночи на улице или в приюте, предлагающем совместное проживание, общие ванну и кухню (40, 43, 47, 50, 52) в течение последних 30 дней (82, 131), более строгое – круглосуточное пребывание под открытым небом последний год (79). В Великобритании Б означает отсутствие подходящего постоянного жилья и социальных отношений (1). Введение в понятие Б «социальной исключенности» – принципиально. Европейская Федерация национальных организаций, работающих с бездомными (FEANTSA), называет Б любого, не способного получить/содержать жилье, в том числе и с помощью социальных служб. FEANTSA предлагает динамическое определение бездомности, включающей не только отсутствие крова, но и неподходящее (самострой, запущенное жилище) и небезопасное жилье (на-

пример, с враждебными близкими), затрудняющее социальные контакты.

Распространенность бездомности. В США не менее 444 тысяч человек бездомны любой ночью (133), Б (не имеющих постоянного пристанища) оказалось 142 559 (www.gks.ru) – 0,1% населения. Фактически в РФ более 4 млн. человек Б (Институт социально-экономических проблем РАН, www.rybakov.spb.ru/piter_banner.html).

Причины бездомности. Б в развитых странах – следствие социально-экономических факторов: безработицы, разрушения семьи, нехватки доступного жилья и социальных служб (1, 142). Б растет за счет молодых (32, 51, 161) и переселенцев (54, 92), в свою очередь, иммиграция – фактор риска, например, шизофрении (44). К «внутренним» причинам Б относят хроническое психическое расстройство (39, 56, 61, 167). Побочным эффектом деинституализации при неразвитости внебольничных служб и на фоне экономического давления стало увеличение бездомных больных (ББ) (24, 32, 91, 101, 130, 171, 174), но большинство экс-пациентов стационаров решали проблемы жилья (102, 143, 144).

Хотя болезненная симптоматика приводит к конфликтам с хозяевами жилья и соседями (100, 134), бедность, безработица и отсутствие доступного жилья – общие корни Б. (173). Сами больные вне зависимости от диагноза приписывают жилищные проблемы социально-экономическим факторам (127, 168). Учет факторов риска может повернуть вспять Б (166). Гипотеза особой уязвимости требует больших вложений в лечение ББ (99) и в жилищные лечебно-реабилитационные программы (98, 139), гипотеза общей уязвимости обосновывает структурную перестройку программ помощи Б и совершенствование социальных служб.

Распространенность ББ. Среди «людей улицы» особенно много душевнобольных (160). Как и в общей популяции не менее 25% Б психически не-

здоровы (68, 169), но при сходной психиатрической болезненности среди Б наблюдается преобладание тяжелых расстройств. Шизофрения и биполярное расстройство – факторы риска Б (68, 157). Четверть Б больны шизофренией и аффективными расстройствами (70, 165, 170). Если заболеваемость шизофренией у имеющих жилье в течение 12 месяцев 1% (145), то среди Б – не менее 10–15% (70, 153). Около 15% больных Б в первом эпизоде психоза (80, 126). Госпитализированные больные шизофренией в 2,5 раза чаще Б, чем биполярные и в 1,5 раза – чем депрессивные (68). В репрезентативной выборке 4 200 Б в 76 регионах США 55% страдали серьезными психическими расстройствами, каждый пятый из последних недавно выписан из больниц (126). По данным Санкт-Петербургского отделения Международной гуманитарной организации «Врачи без границ» 0,2% Б утратили жилье в связи с психическими проблемами (www.rybakov.spb.ru/piter_banner.html), а психическая болезненность среди обратившихся за общемедицинской помощью 1% (www.homeless.ru), как и доля Б среди госпитализированных (old.fontanka.ru). Видимо, основная масса хронифицированных ББ, не подлежащих неотложной и/или недобровольной госпитализации, остаются вне поля психиатрической помощи и статистики (23).

Спутники ББ. ББ отличаются высоким риском правонарушений (5, 37, 64, 116). ББ закономерно несут бремя низкого качества жизни (106). Риск преждевременной смертности у ББ шизофренией (83) в 4 раза выше, чем в общей популяции (30) и вдвое, чем у больных шизофренией, имеющих кров (129), в связи с распространенными соматическими заболеваниями (59, 60, 69, 122, 154) при мало-доступной медицинской помощи (1, 72, 137, 149), высоким риском виктимизации (84, 176). Сочетание психического расстройства с злоупотреблением психоактивными веществами – скорее правило у ББ (50, 60, 97, 155), но прямой связи злоупотребления психоактивными веществами и Б не выявлено (125). ББ – активные потребители неотложной больничной помощи (27, 28, 121, 140). Уровень госпитализации ББ вдвое выше, чем у сходных больных, имеющих пристанище (68), обостряя феномен «вращающихся дверей» (77), отсюда и большие медицинские затраты (28, 68, 152). Самые тяжелые ББ (35) надолго госпитализированы (123, 143), процесс «трансинституционализации» означил возврат к ситуации до XIX века (62). Понятна социальная изоляция ББ (53, 76, 114) даже при развитой системе социальной поддержки. Поэтому ряд ББ нуждается в недобровольной госпитализации (25) как входных ворот в программу жилья при отказе в сотрудничестве.

Программы жилья

Программы для ББ включают три стратегии: 1) вовлечение в интенсивную терапевтическую помощь (76); 2) интенсивная терапевтическая по-

мощь; 3) последовательную ресоциализующую программу (122). Интеграция пациентов в общество – главная цель жилищных программ (179), решающих клинические (контроль симптомов) и социальные проблемы, связанные с несостоятельностью (ведение домашнего хозяйства, поддержка дохода и занятости).

Жилье отличается организационной структурой (режимом и уровнем поддержки), соотношением персонал/желез, тяжестью симптоматики и расстройств функционирования пациентов и длительностью их пребывания, программами поддержки и/или реабилитации (5, 38, 45, 67, 109). Многие программы жилья закрыты для «микстов» (157, 175) при неплохих результатах специализированного лечения (78). «Жители улицы», женщины, пожилые, имеющие серьезные соматические проблемы имеют преимущественное право включения в программу.

Типы жилищных учреждений. Несмотря на многолетний опыт, нет общепринятой терминологии, классификации многих элементов программы.

Доминантой жилищной помощи стал терапевтический континуум (58, 141) – упорядоченная последовательность программ для ББ с конечной целью их независимой жизни (143, 156). Элементы континуума включают «переходное», 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, лагерей мигрантов, центров распределения ваучеров для пребывания в общежитиях и мотелях, а также передвижных кухонь, кладовых продуктов и пунктов питания, нередко становящихся входными воротами в программу для ББ.

Участники жилищных программ репрезентативно характеризуют популяцию ББ. Это лица среднего и пожилого возраста с начальным образованием, без дохода (68, 71, 97), часто и длительно госпитализируемые (77, 159, 180), мужчины (52, 69, 80), отличающиеся недостаточными ресурсами поддержки семьи (68). Удельный вес ББ шизофренией (40–60%) отражает сложность обеспечения их потребностей при выраженных когнитивных нарушениях и низком (неустойчивом) уровне повседневного функционирования (12, 22, 29, 71, 103, 180), 40% злоупотребляют психоактивными веществами (112).

Подходящее жилье – проблема молодых (18–25 лет) хронических ББ, активно избегающих медико-социальной помощи, злоупотребляющих психоактивными веществами, склонных к рецидивам и обострениям (5, 11, 31, 36, 108, 141, 172). Они требуют активного вовлечения в особые высокоструктурированные жилищные программы, эффект которых неоднозначен (74), отсюда высок риск превращения их в «институционализированную» группу.

Нуждаются в жилищных программах хронические больные с ведущей негативной симптоматикой, опекаемые вне больницы пожилыми/пожилым родителями. В случае смерти последних при неразвитости жилищных и внебольничных реабилитационных и социальных программ альтернативой Б становится психоневрологический интернат (ПНИ). Такой перспективой озабочена треть членов ООИ «Новые возможности». В группе риска – одинокие тяжелые больные (17).

Модель переходного жилья (между стационарным содержанием и самостоятельным проживанием), доминировавшая в политике предоставления жилья за рубежом 25–30 лет назад, организационно (нередко территориально) связана с психиатрическими службами, так как пациент нуждается в активном попечении и лечении (36, 45, 117, 143). 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 (например, от прибольничного общежития к поддерживаемой квартире), 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 (41, 65, 112). Постановлением Правительства РФ № 522 от 25.05.1994 г. и приказом МЗ РФ № 167 от 12.08.1994 г. утверждено «Положение об общежитиях для лиц, страдающих психическими заболеваниями, утративших социальные связи». Для них разработан типовой проект (19). Общежития отнесены к полустационарным формам психиатрической помощи (16), но развиваются в нашей стране как прибольничные (9, 12–15, 20–22). Общежитие как терапевтическое сообщество может занять корпус (этаж) крупной городской больницы при перепрофилизации стационарных коек (Первоуральск). Развертывание в загородной больнице опасно изоляцией от местных социальных служб и общества. Есть опыт организации общежитий вне больничной базы (Нижний Тагил). 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). Регламентированы контроль расходов пациентов (при этом они не платят за жилье), структурирована их дневная активность (112), может быть введен «комендантский час» и гости не могут остаться на ночь, лекарства распределяются, их прием контролируется.

Кризисный центр (36, 163) предназначен для неотложной помощи больным, требующим интенсивного круглосуточного лечения до 4–6 недель. 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, чреватого бездомностью и обострением психоза у больных, не имеющих возможности вернуться домой по бытовым причинам, больных с риском социальной запущенности и нуждающихся в кратковременном пребывании вне семьи. 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 (10).

Психоневрологические интернаты (дома сестринского ухода) с круглосуточным медицинским уходом предназначены для пожилых беспомощных больных и инвалидов с сопутствующей тяжелой медицинской патологией (62). Активные программы и психиатрическое наблюдение требуются для стимуляции социального функционирования и самопомощи. Процесс «трансинституционализации» привел к тому, что в интернатах за рубежом живут 85% пожилых (42) и 2,5% молодых хронически больных (85). Однако пожилые из новой когорты хронически больных, большую часть времени болезни проведя вне стен стационара, предпочитают внебольничную обстановку (35).

Контролируемые полумедицинские жилищные программы для длительного пребывания пациентов включают внебольничный спектр от групповых домов (приютов-общин, пансионатов) до отдельных квартир (87, 89, 147). Пациенты нуждаются в интенсивных лечебно-реабилитационных программах, нередко инструментальной поддержке (обеспечение пищей) с различной степенью вовлечения медперсонала и ролью медикаментозного лечения.

Групповые дома (дома совместного проживания инвалидов, как правило, в жилом районе) организованы для временного или (чаще) неопределенно долгого пребывания в безопасном стабильном окружении вне больницы, лечения и круглосуточной поддержки постоянным персоналом, необходимого более тяжелым больным (38, 99). Интенсивные 1–2-летние реабилитационные программы (36) позволяют восстановить повседневные навыки и обеспечить личностный рост, организован и содержательный совместный досуг. Предъявляя невысокие требования к тяжело больным (перспективы их боль-

шей независимости сомнительны), предоставляют медицинскую помощь, возможность общения в близком к домашнему окружении при среднем уровне контроля (112), означающем взаимную ответственность учреждения и жильца. Круглосуточный надзор постоянного персонала сохраняется, включая контроль лечения и расходов, время посещений. Возможно совместное проживание семей. Предусмотрена частичная оплата услуг. Форма жилья предпочтительна для внебольничного контингента тяжело больных, опекаемых престарелыми родителями.

Семейный патронаж в частных домах (111, 132) показан для стабилизированных пациентов с ведущей негативной симптоматикой. Успех патронажа связан с улучшением их социального функционирования. Важен строгий контроль приемных семей для сохранения терапевтического окружения. В России посемейное признание служило противовесом переполнения психиатрических больниц «безобидными хрониками» (2, 18).

Переходные программы позволяют персоналу определить время достижения пациентом «базисного уровня» и оценить его возможности получить реабилитационные услуги более высокого уровня.

Тренировочные квартиры представляют менее контролируемый уровень жилищных программ. Ежедневное общение с персоналом и индивидуализированные 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. Программа – компромисс при разногласиях персонала и пациента в отношении возможности жить в отдельной квартире, при неудаче такого проживания по неизвестным причинам, возможность оценки навыков и уменьшения дефицита в безопасном окружении, прерывание цикла бездомности. Квартиры с поддержкой организованы в Омске (22), Нижнем Тагиле, в Ленинградской (12) и Рязанской (9) областях.

Недостатки лечебного континуума. 1. Учреждения жилищных программ, созданные по подобию больничных, не отвечают изменчивым потребностям тяжело больных и пренебрегают их предпочтениями и выбором. Обычно у ББ «выбор» остаться в стационаре или согласиться на вариант специалиста. Коллективный характер программы подкрепляет роль пользователя услуг. Группировка в местах коллективного проживания в зависимости от уровня функционирования пациента, совместное размещение лиц со сниженным психическим и социальным статусом увеличивает стигматизацию и создает 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 (95). 2. Жильцы должны быть готовы к переходу на следующий этап и приспосабливаться 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. Жилищные программы «снимают сливки» с более самостоятельных пациентов, но более тяжелые остаются в худших условиях. 7. Течение психического расстройства (шизофрении), выздоровление и реабилитация изменчивы, представляя нелинейный индивидуальный процесс (55, 164). Требование достичь определенного уровня улучшения за определенный период может привести к неудаче, и большие ожидания быстрых изменений, заложенные в программу, нереалистичны.

Парадигма *поддерживаемого жилья* (143, 146, 173), проникшая последние 15 лет в национальные планы психиатрических служб экономически развитых стран, исходит из права тяжело больных 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, оно оказывается 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 (домохозяина) и организации поддержки. Модель включает ряд элементов, сочетающихся в той или иной мере: 1. 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, организуют мероприятия, но он вправе сделать свой выбор.

Жилища с низкой интенсивностью контроля и помощи (112) представляют собой спектр, на одном полюсе которого находятся отдельные квартиры (возможно совместное проживание), на другом – меблированные комнаты для постоянного проживания инвалидов и трудоспособных лиц. Визитеры могут оставаться на ночь. Контроль расходов и лечения подразумевается, но необязателен. Персонал (ведущий случая) еженедельно контролирует жильцов (оплата коммунальных услуг, планирование покупок), организует совместные собрания для решения конфликтных ситуаций.

В учреждениях интенсивного наблюдения могут находиться 30% ББ, обычно недавно выписанные из больницы и злоупотребляющие психоактивными веществами, 20% – в учреждениях среднего уровня и 50% – низкого, поступающие из ночлежек (112). Рекомендуемые показатели (койки на 100 тыс. нас.) для планирования жилищных программ в Канаде основываются на распространенности (171 на 100 тыс. нас.) тяжелых хронически больных в ремиссии: 20 для отделений длительного лечения, 20 для интернатов, 40 для групповых домов, 40 для частных общежитий или приемных семей, 51 для квартир с наблюдением (110); в Англии и Уэльсе потребность в интернатах 30–40, во внебольничных формах поддерживающего жилья – 19–30 (3). Так как большинство тяжелых душевнобольных в России опекаются семьями (6), эти показатели должны быть скорректированы. В Санкт-Петербурге оказалось не более 500 кандидатов для общежития (12) или 10 на 100 тыс. населения, но учтены, видимо, лишь «осевшие» в стационарах. Развитие отечественных жилищных программ осложнено ограниченными ресурсами местных психиатрических служб и непониманием ряда организаторов здравоохранения их преимуществ (8), но, как показано, есть и позитивные сдвиги на региональном уровне.

Недостатки *поддерживаемого жилья* 1. Потребители сталкиваются с проблемами людей с низкими доходами и при программе соучастия в квартплате. 2. Поддерживаемое жилье – попытка уважать мнение и просьбы больного безотносительно клинической

действительности. 3. Мало ББ соответствует «нормализованным» жилищным условиям. 4. Трюизм – без подходящего жилья неэффективна внебольничная лечебно-реабилитационная помощь, но верно и обратное: без подвижной и гибкой помощи и поддержки на дому получение жилья порой становится для ББ неудачным травмирующим экспериментом.

Проблемы поддерживаемого жилья. Само по себе жилье не может представлять программу, оно – инструмент, который будет помогать организовать или ускорить реализацию какого-либо проекта. В противном случае существует риск, что участие в таком проекте заведет в тупик, в который страдающий психозом снова внесет застывшую симптоматику и замкнутость. Неразвитые партнерские связи и несогласованность действий служб, управлений и финансируемых различными ведомствами, приводят к снижению эффективности медико-социальной помощи (7). Возможности программ ограничены фондом дешевых квартир и жилищных субсидий для независимого проживания. В регионах, где фонды ориентированы на прибольничные лечебные программы в большей мере, чем на поддерживаемое жилье, возвращались к больничным общежитиям или больницам-приютам. Лица с психическими расстройствами могут исключаться из определенных географических районов и лишаться возможности получить жилье. Несмотря на законодательную поддержку, стигма и дискриминация домовладельцев и организаторов общественных программ преследуют наиболее тяжелых ББ, ожидание жилья для них мучительно долго. Возможно противодействие соседей.

Различия моделей жилищных программ указаны в таблице.

«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 (структурированию времени) по мере утверждения их в обществе. ББ требуют неотступной и длительной «полевой работы», проводимой круглосуточно и ежедневно на улице или в муниципальном жилье.

Составные части жилищных программ

Переходное (поддерживающее) жилье	Поддерживаемое жилье
Место оказания помощи: лечебное учреждение	Дом
Жилищная и лечебная программы взаимосвязаны	Жилищная и лечебная программы разделены
Выбор специалиста, согласованный с пациентом	Учет выбора и нужд пациента как наиболее уместное основание решения о бытоустройстве
Роль «пользователя услуг»	Роли «клиента», члена общества, квартиросъемщика (домовладельца)
Контроль персонала	Самоконтроль жильца
Группировка в зависимости от уровня функционирования	Социальная интеграция
Переходные подготовительные программы	Обучение бытовым навыкам
Стандартные уровни обслуживания	Гибкая система индивидуальных услуг и поддержки
Наименее ограничивающая обстановка, независимость	Наиболее благоприятствующее (обычное) окружение, долговременные виды поддержки
Пациенты могут потерять место за нарушение режима	Сохраняет место при прекращении программы

Для более уязвимых и недоверчивых больных, отличающихся недостаточными ресурсами формальной и неформальной поддержки, разработаны «нетрадиционные» подходы: интенсивное ведение случая и бригады настойчивого внебольничного лечения. Ключевой концептуальный ингредиент поддерживаемого жилья – гибкое, в зависимости от нужд и функциональных возможностей пациента, ведение случая. Ведущий случая связывает своих подопечных (соотношение 1:15) с необходимыми службами, помогает с поиском работы, клинически оценивает и лечит, развивает социальные навыки, устанавливает отношения с соседями. Целевая группа бригады настойчивого лечения – тяжело больные, потребители больших объемов больничной помощи в связи с частыми обострениями (рецидивами), низким уровнем повседневного функционирования, упускаемые обычными службами (25, 162), то есть «типичные» ББ и больные с риском Б.

В измененную для нужд ББ бригаду настойчивого лечения входят психиатры, медсестры, наркологи, социальные работники, нередко студенты, при необходимости привлечены другие специалисты (48). Сотрудники (соотношение персонал:«клиент» составляет 1:1–10) проводят сочетанное лечение психического и соматического расстройств, злоупотребления наркотиками и поддержку.

Эффективность жилищных программ

Многосторонняя и многоуровневая оценка результатов программ включает устойчивость проживания, клиническое состояние, социально-трудовое функционирование, злоупотребление психоактивными веществами, правонарушения, удовлетворенность жильем и жизнью «клиента» (33, 66, 89, 90, 113, 118, 136, 138, 173, 177).

Эффект моделей настойчивого ведения и лечения случая (34, 75, 88, 93, 96, 101, 104, 118, 128, 151, 178) показан в аспектах увеличения личностной эффективности, обеспечения основных потребностей (трудоустройство, образовательные, досуг), улучшения социальных и трудовых навыков и качества жизни, стабилизации соматической и психической симптоматики (редукция негативных расстройств), улучшения бытовых и жизненных навыков, расширения социальной сети, удовлетворенности более свободным окружением. По данным современного мета-анализа, бригады настойчивого лечения по сравнению со стандартной помощью более снижают риск Б, успешны в улучшении бытоустройства и независимости ББ вне больницы, вовлечении в лечение, стабильности жилья и систем поддержки (115), но высок отсев в связи с отказом ББ от помощи (57) и/или злоупотребления психоактивных веществ (124). В последнем случае нет разницы эффекта настойчивого лечения и стандартного лечения (63). Показаны преимущества интегрированной жилищной программы с постоянным поддерживающим персоналом над поддержкой мобильной бригады у наиболее тяжелых больных (120).

Затратная эффективность (104, 178). Стабильность бытоустройства, подкрепляемая лечением и поддержкой, повышает качество жизни жильцов и является залогом экономической эффективности программы (94, 112, 148, 160, 173). Программы настойчивого лечения доминируют над обычной помощью, снижая затраты на стационарную и экстренную помощь при увеличении амбулаторных затрат (103, 104). Программы могут не привести к сокращению суммарных медицинских издержек (119), но они оправданы улучшением общественной безопасности, сокращением страданий и улучшением качества жизни ББ (121).

Показателем качества государственного здравоохранения служат приоритеты помощи уязвимым группам населения. Типичный Б страдает соматическими и психическими расстройствами, злоупотребляет психоактивными веществами, социально несостоятелен и лишен эффективной медико-социальной помощи. Альтернативой заброшенности, больнице-приюту, непосильному бремени семьи служит «жилье под защитой» с различными уровнями лечения, поддержки и реабилитации, обеспечивающее наполненную и безопасную жизнь ББ или больным с риском Б. Жилищная программа встроена в систему общественной психиатрической помощи как неотъемлемая ее часть и необходимое условие комплексной внебольничной поддержки и психосоциальной реабилитации. С учетом множественных длительных нарушений и «эластичных» клинико-социальных особых потребностей ББ программа должна быть неотступной и непрерывной, всесторонней и многоуровневой, соответствовать сформулированной государственной политике оказания помощи Б. Комплексные программы гарантированного жилья требуют межведомственного взаимодействия, координированного планирования, управления и финансирования психиатрической, общемедицинской и социальной служб, партнерского сотрудничества государственных и общественных организаций (7). Общие предписания уточнены в местных условиях. Планировать, внедрять и финансировать типовые программы жилья следует на основании целостной Программы развития региональной психиатрической службы. Клинико-экономическая эффективность новой демонстрационной (организационно-функциональной) жилищной модели должна быть обоснована в контексте оптимизации использования материальных и кадровых ресурсов психиатрических и социальных служб: земель и фондов психиатрических больниц и ПНД, медперсонала, социальных работников, реабилитологов, специалистов по терапии занятостью.

Модель помощи ББ и профилактики Б содержит элементы общепризнанной системы жилищной помощи и объединенной общественно ориентированной системы обслуживания тяжелых больных: интенсивное ведение случая, полипрофессиональная бригада, кризисное вмешательство, реабилитационные программы, обучение персонала и добро-

вольцев (общество самопомощи, студенты-медики), территориальные центры социального обслуживания, клубы, лечебно-промышленные мастерские, «защищенные» рабочие места и центры по трудоустройству, широкая антистигматизационная программа, а также фонд поддержки целевых научных исследований, информационный банк данных. Жилищная программа для ББ развивается в русле государственной (Президентская программа «Дос-

тупное и комфортное жилье – гражданам России») и муниципальных программ жилищного строительства и обеспечения жильем социально уязвимых групп населения. Федеральные и местные фонды целевого назначения обеспечат доленое строительство, приобретение квартир на вторичном рынке жилья, ремонтные работы, маневренный фонд, помощь в оплате съемного жилья, реконструкцию больничных помещений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бионышев М.Е. Организация медицинской помощи пациентам социально уязвимой категории (бездомным). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 144 с.
2. Бруханский П.П. Семейное призрение душевнобольных. – Киев, 1900.
3. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Пер. с англ. – К.: Сфера, 1999. – Т. 2. – 436 с.
4. Гурович И.Я. Психиатрия с опорой на сообщество и многоаспектность проблемы совершенствования психиатрической помощи // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Мат. Росс. конф., Москва, 5–7 октября 2004. – М., 2004. – С. 46–48.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
6. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 1999. – 23 с.
7. Европейский план действия по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 3. – С. 94–102.
8. Казаковцев Б.А. Современные тенденции в организации психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 1. – С. 57–61.
9. Кольцов А.Б., Ландышев М.А., Вдовина Л.А. Программа защищенного жилья «дом на половине пути» // Мат. XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005. – М.: 2005. – С. 58–59.
10. Коцюбинский А.П. Особенности организации реабилитационной работы с больными мало- и умеренно прогрессивной шизофренией в условиях комплекса дневной / ночной стационар. Дневные и ночные стационары // Шизофрения / Под ред. А.П.Коцюбинского, А.И.Скорик, И.О.Аксенова и соавт. – СПб.: Гиппократ, 2004. – С. 197–199.
11. Красик Е.Д., Смольянинова В.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента хронически больных шизофренией «нового типа» // Журн. невропатол. и психиатр. – 1985. – Т. 85. – С. 742–746.
12. Лиманкин О.В., Лаптева К.М. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи // Социальная клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 99–104.
13. Литвиненко В.И. О двух организационных формах защищенного жилья для психически больных, утративших родственные связи // Журн. невропатол. и психиатр. – 1989. – Т. 89, № 10. – С. 105–108.
14. Лифшиц А.Е. Научное обоснование оптимизации использования ресурсов здравоохранения в современных экономических условиях. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1988. – 387 с.
15. Лосев Л.В., Малыгин В.Л. Опыт работы общежития при психиатрической больнице для утративших социальные связи больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 1. – С. 144–145.
16. Общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи. Методические указания № 98/40 / Сост. И.Я.Гурович, Л.И.Сальникова, А.Е.Лифшиц и соавт. – М., 1998. – 23 с.
17. Особенности оказания психиатрической помощи одиноким больным шизофренией во внебольничных условиях. Методические рекомендации № 2000/48 / Сост. И.Я.Гурович, Л.И.Сальникова, Е.М.Кирьянова и соавт. – М., 2000. – 22 с.
18. Реформатский Н.Н. Семейное призрение душевнобольных в России и за границей. – СПб., 1907. – 139 с.
19. Сидоркова Л.Ф. О проектировании психиатрических учреждений в рамках отраслевой программы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 4. – С. 66–70.
20. Симоненко Н.В., Поташева А.П., Козьяков С.Б. и соавт. Реабилитация больных с психическими расстройствами в условиях защищенного жилья // Мат. XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005. – М., 2005. – С. 83.
21. Уткин А.А., Антошкина Н.К., Степанова О.Н. Совершенствование психиатрической помощи в Омской области // Мат. XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005. – М., 2005. – С. 87.
22. Харин А.Н., Антошкина Н.К., Степанова О.Н. Опыт организации психосоциальной реабилитации в общежитии и квартирах с поддержкой при загородном отделении ГУЗ ОО КПБ им. Н.Н.Солодовникова // Мат. XIV съезда психиатров России, 15–18 ноября 2005. – М., 2005. – С. 88–89.
23. Шашкова Н.Г., Рубашов М.С., Коварская Ф.Г. Некоторые новые аспекты проблемы миграции психически больных в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 2. – С. 70–77.
24. Abram K.M., Teplin L.A. Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: implications for public policy // Am. Psychologist. – 1991. – Vol. 46. – P. 1036–1045.
25. American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. – Washington, DC: APA, 2004.
26. Anthony W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990 // Psychosoc. Rehab. J. – 1993. – Vol. 16, N 4. – P. 11–23.
27. Appleby L., Luchins D.J., Freels S. Homeless admissions and immigration in a state mental hospital // Psychiatr. Serv. – 2006. – Vol. 57. – P. 144.
28. Arfken C.L., Zeman L.L., Yeager L. et al. Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service // Psychiatr. Serv. – 2004. – Vol. 55. – P. 295–301.
29. Arns P.G., Linney J.A. Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and social benefits // Psychiatr. Serv. – 1995. – Vol. 46. – P. 260–265.
30. Babidge N.C., Buhrich N., Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up // Acta Psychiatr. Scand. – 2001. – Vol. 103. – P. 105–110.
31. Bachrach L.L. Young adult chronic patients: An analytical review of the literature // Hosp. Com. Psychiatry. – 1982. – Vol. 33. – P. 189–197.
32. Bachrach L.L. What we know about homelessness among mentally ill persons: an analytical review and commentary // Hosp. Com. Psychiatry. – 1992. – Vol. 43. – P. 453–464.
33. Barrow S.M., Hellman F., Lovell A.M. et al. Effectiveness of programs for the mentally ill homeless: Final report. – NY: New York State Psychiatric Institute, 1989.
34. Barrow S., Hellman F., Lovell A. et al. Evaluating outreach services: lessons from a study of five programs // New Direct. Ment. Health Serv. – 1991. – Vol. 52. – P. 29–45.
35. Bartels S.J., Levine K.J., Shea D. Community-based long-term care for older persons with severe and persistent mental illness in an era of managed care // Psychiatr. Serv. – 1999. – Vol. 50. – P. 1189–1197.
36. Bebout R.R., Harris M. In search of pumpkin shells: Residential programming for the homeless mentally ill // Treating the homeless mentally ill: A Task Force Report of the American Psychiatric Association on the homeless mentally ill / H.R.Lamb, L.L.Bachrach, F.L.Kass (Eds.). – Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1992. – Ch. 10. – P. 159–181.
37. Belcher J.R. Are jails replacing the mental health system for the homeless mentally ill? // Com. Ment. Health J. – 1988. – Vol. 24. – P. 185–195.
38. Bigelow D. Supportive homes for life versus treatment waystations: an introduction to TAPS Project 41 // Com. Ment. Health J. – 1998. – Vol. 34, N 4. – P. 403–405.
39. Breaker W., Fischer P. Mental illness and the continuum of residential stability // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 1995. – Vol. 30. – P. 147–151.

40. Breakey W.R., Fischer P.J., Kramer M. et al. Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore // *JAMA*. – 1989. – Vol. 262. – P. 1352–1357.
41. Budson R.D. Models of supportive living: community residential care // *Handbook of schizophrenia: Psychosocial treatment of schizophrenia* / M.I.Herz, S.J.Keith, J.P.Docherty (Eds.). – NY: Elsevier, 1990. – Vol. 4. – P. 317–338.
42. Burns B.J. Mental health services research on the hospitalized and institutionalized CMI elderly // *The elderly with chronic mental illness* / B.D.Lebowitz, E.Light (Eds.). – NY: Springer, 1991.
43. Burt M.R., Aron L.Y., Douglas T. et al. Homelessness: programs and the people they serve: Technical report: Findings of the National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients. – Washington, DC: Interagency Council on the Homeless, 1999.
44. Cantor-Graae E., Selten J.P. Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 12–24.
45. Carling P.J. Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice // *Hosp. Com. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 44. – P. 439–449.
46. Carling P.J. Emerging approaches to housing and support for people with psychiatric disabilities // *Handbook of mental health economics and health policy: Schizophrenia* / M.Moscarelli, A.Rupp, N.Sartorius (Eds.). – Vol. 1. – NY: Wiley, 1996.
47. Chamberlain C. Counting the homeless: Implications for policy development 1996. – Canberra: Australian Bureau of Statistics, 1999.
48. Christensen R.C. Community psychiatry education through homeless outreach // *Psychiatr. Serv.* – 2004. – Vol. 55. – P. 942.
49. Ciompi L. Gedanken zu einer patienten-statt institutionszentrierten psychiatrischen Versorgungsstruktur // *Spektrum*. – 1989. – Vol. 18. – P. 29–38.
50. Craig T. Homelessness and mental health // *Psychiatr. Bull.* – 1998. – Vol. 22. – P. 195–197.
51. Craig T., Timms P. Homelessness and schizophrenia. – Oxford: Blackwell Science, 1995.
52. Culhane D.P., Avery J.M., Hadley T.R. The rate of public shelter admission among Medicaid-reimbursed users of behavioral health services // *Psychiatr. Serv.* – 1997. – Vol. 48. – P. 390–392.
53. D'Amore J., Hung O., Chiang W. et al. The epidemiology of the homeless population and its impact on an urban emergency department // *Acad. Emerg. Med.* – 2001. – Vol. 8. – P. 1051–1055.
54. Davis L.A., Winkleby M.A. Sociodemographic and health-related risk factors among African-American, Caucasian, and Hispanic homeless men: a comparative study // *J. Soc. Distress Homeless*. – 1993. – Vol. 2. – P. 83–101.
55. Deegan P.E. Recovery: The lived experience of rehabilitation // *Psychosoc. Rehab. J.* – 1988. – Vol. 11, N 4. – P. 11–19.
56. Dennis D.L., Buckner J.C., Lipton F.R. et al. A decade of research and services for homeless mentally ill persons. Where do we stand? // *Am. Psychol.* – 1991. – Vol. 46. – P. 1129–1138.
57. Dixon L., Friedman N., Lehman A. Compliance of homeless mentally ill persons with assertive community treatment // *Hosp. Com. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 44. – P. 581–583.
58. Drachman D. A residential continuum for the chronically mentally ill: A Markov probability model // *Eval. Health Prof.* – 1981. – Vol. 4, N 1. – P. 93–104.
59. Draine J., Salzer M.S., Culhane D.P. et al. Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 2002. – Vol. 53. – P. 565–573.
60. Drake R.E., Wallach M.A. Homelessness and mental illness: a story of failure // *Psychiatr. Serv.* – 1999. – Vol. 50. – P. 589.
61. Drake R., Wallach M., Teague G. et al. Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients // *Am. J. Psychiatry*. – 1991. – Vol. 148. – P. 330–336.
62. Eikelmann B. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Die Sicht der Fachklinik // *Psychiatr. Praxis*. – 2000. – Vol. 27. – P. S53–S58.
63. Essock S.M., Mueser K.T., Drake R.E. et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders // *Psychiatr. Serv.* – 2006. – Vol. 57. – P. 185–196.
64. Fact Sheet: Homelessness, incarceration, episodes of violence: Way of life for almost half of Americans with untreated severe mental illness. – Treatment Advocacy Center, 2003. www.psychlaws.org/generalresources/fact2.htm
65. Fairweather G.W., Sanders D.H., Maynard H. et al. Community life for the mentally ill. – Chicago, Illinois: Aldine, 1969.
66. Fakhoury W.K., Murray A., Sheferd G. et al. Research in supported housing // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2002. – Vol. 37. – P. 301–315.
67. Fenton W.S., Hoch J.S., Herrell J.M. et al. Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 59. – P. 357–364.
68. Folsom D.P., Hawtorn W., Lindamer L. et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 370–376.
69. Folsom D.P., Jeste D.V. Medical comorbidity in patients with schizophrenia // *Home Health Care Consult.* – 2001. – Vol. 8. – P. 17–21.
70. Folsom D., Jeste D.V. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 105. – P. 404–413.
71. Friedrich R.M., Hollingsworth B., Hradeck E. et al. Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 1999. – Vol. 50. – P. 509–514.
72. Gelberg L., Gallagher T.C., Andersen R.M. et al. Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles // *Am. J. Publ. Health*. – 1997. – Vol. 87. – P. 217–220.
73. Geller J.L. The last half-century of psychiatry services as reflected in psychiatry services // *Psychiatr. Serv.* – 2000. – Vol. 51. – P. 41–67.
74. Giugliano R.J. The systemic neglect of New York's young adults with mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 2004. – Vol. 55. – P. 451–453.
75. Goering P., Wasylenki D., Lindsay S. et al. Process and outcome in a hostel outreach program for homeless clients with severe mental illness // *Am. J. Orthopsychiatry*. – 1997. – Vol. 67. – P. 607–617.
76. Goldfinger S.M. Homelessness and schizophrenia: a psychosocial approach // *Handbook of Schizophrenia, Vol 4. Psychosocial Treatment of Schizophrenia* / M.I.Herz, S.J.Keith, J.P.Docherty (Eds.). – Amsterdam: Elsevier, 1990. – P. 355–385.
77. Goldstein J.M., Caton C.L. The effects of the community environment on chronic psychiatric patients // *Psychol. Med.* – 1983. – Vol. 13. – P. 193–199.
78. Gonzalez G., Rosenheck R.A. Outcomes and service use among homeless persons with serious mental illness and substance abuse // *Psychiatr. Serv.* – 2002. – Vol. 53. – P. 437–446.
79. Heckert U., Andrade L., Alves M.J. et al. Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a southeast city in Brazil // *Psychiatry Clin. Neurosci.* – 1999. – Vol. 249. – P. 150–155.
80. Herman D.B., Susser E.S., Jandorf L. et al. Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time: findings from the Suffolk County Mental Health Project // *Am. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 155. – P. 109–113.
81. Herrman H., Harvey C. Community care for people with psychosis: Outcomes and needs for care // *Psychol. Med.* – 2005. – Vol. 28. – P. 551–558.
82. Herrman H., McGorry P., Bennett P. Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne // *Am. J. Psychiatry*. – 1989. – Vol. 146. – P. 1179–1184.
83. Hibbs J.R., Benner L., Klugman L. et al. Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia // *N. Engl. J. Med.* – 1994. – Vol. 331. – P. 304–309.
84. Hiday V.A., Swartz M.S., Swanson J.W. et al. Criminal victimization of persons with severe mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 1999. – Vol. 50. – P. 62–68.
85. Holcomb W.R., Ahr P.R. Disability and welfare benefits for young adult chronic patients // *Hosp. Com. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 39. – P. 1104–1106.
86. Hoof van F.J., van Weeghel J., Kroon H. Community care: exploring the priorities of clients, mental health professionals and community providers // *J. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 46. – P. 208–219.
87. Hopper K., Barrow S.M. Two genealogies of supported housing and their implications for outcome assessment // *Psychiatr. Serv.* – 2003. – Vol. 54. – P. 50–54.
88. Hornstra R.K., Bruce-Wolfé V., Sagduyu K. et al. The effect of intensive case management on hospitalization of patients with schizophrenia // *Hosp. Com. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 44. – P. 844–847.
89. Hough R.L., Harmon S., Tarke H. et al. Supported independent housing: implementation issues and solutions in the San Diego Project // *Mentally ill and homeless: Special programs for special needs* / W.R.Breakey, J.W.Thompson (Eds.). – Reading, UK: Harwood Academic Publishers, 1997.
90. Hurlburt M.S., Wood P.A., Hough R.L. Providing independent housing for the homeless mentally ill: a novel approach to evaluating long-term longitudinal housing patterns // *J. Com. Psychology*. – 1996. – Vol. 24. – P. 291–310.
91. Hwang S. Mental illness and mortality among homeless people // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 103. – P. 81–82.
92. Immigration and homelessness in the European Union. Brussels, FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless), Oct 2002. www.feantsa.org
93. Johnsen M., Samberg L., Calsyn R. et al. Case management models for persons who are homeless and mentally ill: the ACCESS demonstration project // *Com. Ment. Health J.* – 1999. – Vol. 35. – P. 325–346.

94. Jones K., Colson P.W., Holter M.C. et al. Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 2003. – Vol. 54. – P. 884–890.
95. Jones M. *The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry.* – NY: Basic Books, 1953.
96. KasproW S., Rosenheck R., Frisman L. et al. Referral and housing processes in a long-term supported housing program for homeless veterans // *Psychiatr. Serv.* – 2000. – Vol. 51. – P. 1017–1023.
97. Koegel P., Burnam M.A., Farr R.K. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 45. – P. 1085–1092.
98. Korman H., Engster D., Milstein B. Housing as a tool of coercion // *Coercion and Aggressive Community Treatment / D.Dennis, J.Monahan (Eds.).* – NY: Plenum, 1996.
99. Lamb H.R. Will we save the homeless mentally ill? // *Am. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 147. – P. 649–651.
100. 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.
101. Lamb R.H., Weinberger L.E. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review // *Psychiatr. Serv.* – 1998. – Vol. 49. – P. 483–492.
102. 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.
103. Lehman A.F., Dixon L.B., DeForge B.R. et al. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 54. – P. 1038–1043.
104. Lehman A.F., Dixon L.B., Hoch J. et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174. – P. 346–352.
105. Lehman A.F., Dixon L.B., Kernan E. et al. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 54. – P. 1038–1043.
106. Lehman A.F., Kernan E., DeForge B.R. et al. Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 1995. – Vol. 46. – P. 922–926.
107. Leggatt M. Carers and carer organizations // *Textbook of community psychiatry / G.Thornicroft, G.Szmukler (Eds.).* – Oxford: Oxford University Press, 2001. – P. 475–486.
108. Lelliott P., Wing J. National audit of new long-stay psychiatric patients: impact on services // *Br. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 165. – P. 160–165.
109. Lelliott P., Audini B., Knapp M.R. et al. Mental health residential care: classification of facilities and description of services // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 169. – P. 139–147.
110. Lesage A.D., Gelinat D., Robitaille D. et al. Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders // *Can. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 48. – P. 485–492.
111. Linn M.W. Can foster care survive? // *New directions for mental health services: Issues in community residential care / R.Budson (Ed.).* – San Francisco: Jossey-Bass, 1981.
112. Lipton F.R., Siegel C., Hannigan A. et al. Tenure in supportive housing for homeless persons with severe mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 2000. – Vol. 51. – P. 479–486.
113. Mares A.S., Rosenheck R.A. One-year housing arrangements among homeless adults with serious mental illness in the ACCESS Program // *Psychiatr. Serv.* – 2004. – Vol. 55. – P. 566–574.
114. Martens W.H. A review of physical and mental health in homeless persons // *Publ. Health Rev.* – 2001. – Vol. 29. – P. 13–33.
115. Marshall M., Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders // *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006. Issue 1. The Cochrane Collaboration.* – John Wiley & Sons, Ltd., 2006.
116. Martell D.A., Rosner R., Harmon R.B. Base rate estimates of criminal behavior by homeless mentally ill persons in New York City // *Psychiatr. Serv.* – 1995. – Vol. 46. – P. 596–601.
117. McCrone P., Strathdee G. Needs not diagnosis: towards a more rational approach to community mental health resourcing in Britain // *Int. J. Soc. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 40. – P. 79–86.
118. McGuire J.F., Rosenheck R.A. Criminal history as a prognostic indicator in the treatment of homeless people with severe mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 2004. – Vol. 55. – P. 42–48.
119. McGuire J., Rosenheck R.A., KasproW W.J. Health status, service use, and costs among veterans receiving outreach services in jail and community settings // *Psychiatr. Serv.* – 2003. – Vol. 54. – P. 201–207.
120. McHugo G.J., Bebout R.R., Harris M. et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness // *Schizophr. Bull.* – 2004. – Vol. 30. – P. 969–982.
121. McNiel D.E., Binder R.L., Robinson J.C. Incarceration associated with homelessness, mental disorder, and co-occurring substance abuse // *Psychiatr. Serv.* – 2005. – Vol. 56. – P. 840–846.
122. McQuiston H.L., Finnerty M., Hirschowitz J. et al. Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders // *Psychiatr. Serv.* – 2003. – Vol. 54. – P. 669–676.
123. Meeks S., Murrell S.A. Mental illness in late life: socioeconomic conditions, psychiatric symptoms, and adjustment of long-term sufferers // *Psychol. Aging.* – 1997. – Vol. 12. – P. 298–308.
124. Meisler N., Blankertz L., Santos A.B. et al. Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders // *Commun. Ment. Health J.* – 1997. – Vol. 33. – P. 113–122.
125. 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.
126. Mojtabai R. Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness // *Psychiatr. Serv.* – 2005. – Vol. 56. – P. 172–178.
127. Mojtabai R., Herman D., Susser E.S. et al. Service use and outcomes of first-admission patients with psychotic disorders in the Suffolk county mental health project // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 1291–1298.
128. Morse G. A review of case management for people who are homeless: implications for practice, policy, and research // *Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research.* – Washington, DC: US Department of Housing and Urban Development, 1999.
129. Mortensen P.B., Juel K. Mortality and causes of death of schizophrenic patients in Denmark // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1990. – Vol. 81. – P. 372–377.
130. Mossman D. Deinstitutionalization, homelessness, and the myth of psychiatric abandonment: a structural anthropology perspective // *Soc. Sci. Med.* – 1997. – Vol. 44. – P. 71–83.
131. Mundy P., Robertson M., Robertson J. et al. The prevalence of psychotic symptoms in homeless adolescents // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 29. – P. 724–731.
132. Murphy H.B., Engelsmann F., Tchong-Laroche F. The influence of foster-home care on psychiatric patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1976. – Vol. 33. – P. 179–183.
133. National Coalition for the Homeless. How many people experience homelessness? NCH Fact Sheet # 2. 2002. www.nationalhomeless.org/numbers.html
134. Nelson S.H. A second opinion // *Psychiatr. Serv.* – 2002. – Vol. 53. – P. 573.
135. New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report. DHHS pub no SMA-03–3823. – Rockville, Md: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
136. Newman S.J. Housing attributes and serious mental illness: implications for research and practice // *Psychiatr. Serv.* – 2001. – Vol. 52. – P. 1309–1317.
137. North C.S., Smith E.M. A systematic study of mental health services utilization by homeless men and women // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem.* – 1992. – Vol. 28. – P. 77–83.
138. Ogilvie R.J. The state of supported housing for mental health consumers: a literature review // *Psych. Rehab. J.* – 1997. – Vol. 21. – P. 122–131.
139. Outcasts on Main Street: A Report of the Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness. NIMH publication ADM 92–1904. – Rockville, Md: National Institute of Mental Health, 1992.
140. Pasic J., Russo J., Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services // *Psychiatr. Serv.* – 2005. – Vol. 56. – P. 678 – 684.
141. Pepper B., Kirshner M.C., Ryglewicz H. The young adult chronic patient: overview of a population // *Hosp. Com. Psychiatry.* – 1981. – Vol. 32. – P. 463–469.
142. Quigley J.M., Raphael S., Smolensky E. Homeless in America, homeless in California // *Rev. Econ. Stat.* – 2001. – Vol. 83. – P. 37–51.
143. Ridgway P., Zipple A.M. The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches // *Psychosoc. Rehab. J.* – 1990. – Vol. 13, N 4. – P. 20–31.
144. Robertson M.J. The prevalence of mental disorder among homeless people // *Homelessness: A prevention-oriented approach / R.I.Jahiel (Ed.).* – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992. – P. 57–86.
145. Robins L.N., Regier D.A. *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study.* – NY: The Free Press, 1991.
146. Rog D.J. The evidence on supported housing // *Psychiatr. Rehab. J.* – 2004. – Vol. 27. – P. 334–344.
147. Rog D.J., Randolph F.L. A multisite evaluation of supported housing: lessons learned from cross-site collaboration // *New Direct. Eval.* – 2002. – Vol. 94. – P. 61–72.

148. Rosenheck R. Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: The application of research to policy and practice // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157. – P. 1563–1570.
149. Rosenheck R.A., Dennis D. Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58. – P. 1073–1080.
150. Rosenheck R.A., Kasprow W., Frisman L.K. et al. Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 940–951.
151. Rosenheck R., Lam J.A. Homeless mentally ill clients' and providers' perceptions of service needs and clients' use of services // *Psychiatr. Serv.* – 1997. – Vol. 48. – P. 381–386.
152. Rosenheck R., Seibyl C.L. Homelessness: health service use and related costs // *Med. Care.* – 1998. – Vol. 36. – P. 1121–1122.
153. Rupp A., Keith S.J. The costs of schizophrenia: assessing the burden // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1993. – Vol. 16. – P. 413–423.
154. Salit S.A., Kuhn E.M., Hartz A.J. et al. Hospitalization costs associated with homelessness in New York City // *N. Engl. J. Med.* – 1998. – Vol. 338. – P. 1734–740.
155. Salkow K., Fichter M. Homelessness and mental illness // *Cur. Opin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 16. – P. 467–471.
156. Sanders D.H. Innovative environments in the community: A life for the chronic patient // *Schizophr. Bull.* – 1972. – P. 49–59.
157. Schlenger W.E., Kroutil L.A., Roland E.J. Case management as a mechanism for linking drug abuse treatment and primary care: preliminary evidence from the ADAMHA/HRSA linkage demonstration // *NIDA Res. Monogr.* – 1992. – Vol. 127. – P. 316–330.
158. Scott J. Homelessness and mental illness // *Br. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 162. – P. 314–324.
159. Shepherd G. Social functioning and challenging behavior // *Social functioning and schizophrenia / K.Mueser K., Tarrier N. (Eds.).* – Allyn Bacon, NY: 1998.
160. Shern D.L., Felton C.J., Hough R.L. et al. Housing outcomes for homeless adults with mental illness: results from the second-round McKinney program // *Psychiatr. Serv.* – 1997. – Vol. 48. – P. 239–241.
161. Shinn M., Gillespie C. The roles of housing and poverty in the origins of homelessness // *Am. Behav. Sci.* – 1994. – Vol. 37. – P. 505–521.
162. Stein L.I., Test M.A. An alternative to mental hospital treatment. I: conceptual model, treatment program, and clinical evaluation // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1980. – Vol. 37. – P. 392–397.
163. Strathdee G., Phelan M., Watts A. Establishing a local emergency service // *Emergency mental health services in community / M.Phelan, G.Strathdee, G.Thornikroft (Eds.).* – Cambridge: Cambridge University Press, 1995. – P. 177–196.
164. Strauss J.S. The life course of schizophrenia // *Psychiatr. Ann.* – 1986. – Vol. 16. – P. 609–612.
165. Sullivan G., Burnam A., Koegel P. et al. Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the course-of-homelessness study // *Psychiatr. Serv.* – 2000. – Vol. 51. – P. 1135–1141.
166. Susser E., Moore R., Link B. Risk factors for homelessness // *Epid. Rev.* – 1993. – Vol. 15. – P. 546–556.
167. Susser E., Valencia E., Conover S. et al. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A "critical time" intervention after discharge from a shelter // *Am. Publ. Health Ass.* – 1997. – Vol. 87. – P. 256–262.
168. Tanzman B. An overview of surveys on mental health consumers' preferences for housing and support services // *Hosp. Com. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 44. – P. 450–455.
169. Teesson M., Hodder T., Buhrich N. Psychiatric disorders in homeless men and women in inner Sydney // *Aust. NZ J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 38, N 3. – P. 162–168.
170. Tessler R.C., Dennis D.L. A synthesis of NIMH funded research concerning homeless mentally ill individuals. – Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health, 1989.
171. Torrey E.F., Stieber J., Ezekiel J. et al. Criminalizing the seriously mentally ill: the abuse of jails as mental hospitals // *Innov. Res.* – 1993. – Vol. 2. – P. 11–14.
172. Trieman N., Leff J. The TAPS Project 36: the most difficult to place long-stay psychiatric inpatients. Outcomes one year after relocation. Team for the assessment of Psychiatric Services // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 169. – P. 289–292.
173. Tsemberis S., Eisenberg R.F. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities // *Psychiatr. Serv.* – 2000. – Vol. 51. – P. 487–493.
174. Valdiserri E.V., Carroll K.R., Hartl A.J. A study of offenses committed by psychotic inmates in a county jail // *Hosp. Com. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 37. – P. 163–166.
175. Wenzel S.L., Audrey Burnam M., Koegel P. et al. Access to inpatient or residential substance abuse treatment among homeless adults with alcohol or other drug use disorders // *Med. Care.* – 2001. – Vol. 39. – P. 1158–1169.
176. Wenzel S.L., Koegel P., Gelberg L. Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: a comparison to homeless men // *Am. J. Com. Psychol.* – 2000. – Vol. 28. – P. 367–390.
177. Wolf J., Burnam A., Koegel P. et al. Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem.* – 2001. – Vol. 36. – P. 391–398.
178. Wolff N., Helminiak T.W., Morse G.A. et al. Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients // *Am. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 154. – P. 341–348.
179. Wong Y.L., Solomon P.L. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations // *Ment. Health Serv. Res.* – 2002. – Vol. 4. – P. 13–28.
180. Wykes T., Dunn G. Cognitive deficits and the prediction of rehabilitation success in a chronic psychiatric group // *Psychol. Med.* – 1992. – Vol. 22. – P. 389–398.