Мир науки. Социология, филология, культурология https://sfk-mn.ru
World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies

2020, №2, Том 11 / 2020, No 2, Vol 11 https://sfk-mn.ru/issue-2-2020.html

URL статьи: https://sfk-mn.ru/PDF/10SCSK220.pdf

DOI: 10.15862/10SCSK220 (http://dx.doi.org/10.15862/10SCSK220)

Ссылка для цитирования этой статьи:
Невеличко Л.Г. Социальная интеграция как значимый фактор реабилитации инвалидов в условиях психоневрологического интерната // Мир науки. Социология, филология, культурология, 2020 №2, https://sfk-mn.ru/PDF/10SCSK220.pdf (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ. DOI: 10.15862/10SCSK220

For citation:
Nevelichko L.G. (2020). Social integration as a significant factor in the rehabilitation of people with disabilities in a neuropsychiatric boarding school. *World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies*, [online] 2(11). Available at: https://sfk-mn.ru/PDF/10SCSK220.pdf (in Russian). DOI: 10.15862/10SCSK220

УДК 364.2

ГРНТИ 04.51.65

Невеличко Любовь Григорьевна
ФГБОУ ВО «Приамурский государственный университет имени Шолом-Алейхема», Биробиджан, Россия
Доцент
Кандидат социологических наук
E-mail: lnevelichko@bk.ru

Социальная интеграция как значимый фактор реабилитации инвалидов в условиях психоневрологического интерната

Аннотация. В статье излагается опыт социальной реабилитации инвалидов с нарушениями психики и центральной нервной системы, проживающих в условиях психоневрологического интерната.

Установлено, что современные реабилитационные практики, нацеленные на развитие или восстановление утраченных навыков больных, – это не ограниченная определенным временным отрезком программа, а длительный непрерывный процесс, требующий постоянного контроля и коррекционных мероприятий. Но психические заболевания в подавляющем большинстве требуют больших расходов из государственного бюджета, следовательно, осуществление систематических индивидуальных ресоциализационных мероприятий становится крайне затруднительным, и последующая работа с душевнобольными сводится к удовлетворению основных жизненных потребностей инвалидов, отводя им роль получателей опеки и заботы.

Обосновано, социальные реабилитационные программы, направленные на развитие или восстановление необходимых навыков, а также на активацию компенсаторных механизмов, не выполняют в полном объеме социализирующую функцию без формирования индивидуальной и общественной ценности подопечных.

Новизна исследования заключается в обосновании перспективности включения в процесс существующей практики социальной реабилитации компонента, способного в определенной степени изменить социальное положение пациентов психоневрологического

интерната и позволить им освоить новые социальные роли, – интеграцию душевнобольных и социума.

Ключевые слова: социальная реабилитация; психоневрологический интернат; социальные реабилитационные программы; социальная реабилитация инвалида; взаимодействие с социумом

Проблема инвалидности – одна из острейших проблем не только для России, но для всего современного мира. Она является предметом глубокого всестороннего изучения различных областей наук – медицинских, психологических, социальных, а также площадкой деятельности специалистов различных служб: старение населения, малочисленность числа трудоспособных и социально активных граждан делают запрос на поиск путей если не решения данной проблемы, но хотя бы снижения ее остроты.

К началу 2019 года доля инвалидов в России составила 8,1 % от общего населения России, или 11,947 млн человек[1], то есть, почти каждый десятый гражданин России является инвалидом. Но если в странах Европы, где имеется мощная база теоретических изысканий, наработанного опыта[2,3], лица с ограниченными возможностями здоровья давно и успешно интегрированы в социум, то Россия находится только в начале этого пути, нарабатывая опыт вовлечения инвалидов в общественную, спортивную, творческую деятельность, создавая доступную адаптивную среду, привлекая общественность к обсуждению проблем инвалидов на рынке труда, в образовательной сфере, других сферах жизнедеятельности.

Особой сферой и практически закрытой для общества является одна из самых уязвимых категорий населения – люди с ментальной инвалидностью, то есть люди с нарушениями психики и работы центральной нервной системы. Но при значительном количестве работ, посвященных психокоррекции лиц с инвалидностью по психическим заболеваниям, их медико-социальной реабилитации, явление инвалидности по психическому расстройству как социального компонента еще недостаточно изучено. А между тем, если за пять лет количество инвалидов с устойчивыми физическими, сенсорными нарушениями в России сократилось на 7,6 %[4], то число инвалидов по психическим заболеваниям в России возросло за последние годы на 13 % и сейчас составляет 1,3 миллиона[5].

Данное исследование является попыткой осмысления опыта социальной реабилитации инвалидов с нарушениями психики и центральной нервной системы, проживающих в условиях психоневрологического интерната (ПНИ), с позиций возможности или целесообразности их социального функционирования. Изучение характера репрезентации образа душевнобольного человека в сознании современного гражданина российского общества как компонента структуры его ценностных представлений не входило в задачу данного исследования, поскольку эта тема требует иных подходов и иной методологии.

---

[1] Сколько в России инвалидов URL Электронный ресурс: https://www.rbc.ru/society/20/09/2019/5d836e2a9a794741bd7bec2f (дата обращения 29.04.2020).

[2] Жизнь с шизофренией: как устроена реабилитация пациентов психиатрии в США, Европе и России URL Электронный ресурс: https://knife.media/schizophrenia-rehabilitation/ (дата обращения 29.04.2020).

[3] Европейский план действий по охране психического здоровья URL Электронный ресурс: https://knife.media/schizophrenia-rehabilitation/ (дата обращения 29.04.2020).

[4] Сколько инвалидов в России https://www.kommersant.ru/doc/3622120.

[5] В России увеличивается число инвалидов по психическим заболеваниям URL Электронный ресурс: https://ria.ru/20121009/769872481.html (дата обращения 29.04.2020).

В своем исследовании мы опирались на труды известных теоретиков в области системного подхода, структурно-функционального анализа Т. Парсонса, М. Вебера. В основу исследования положены теория социальной нормы и девиации Э. Дюркгейма [1], теория социальной аномии Р. Мертона [2], теория социальной солидарности М. Вебера [3], концепция индивидуальной свободы и социальной солидарности Э. Дюркгейма [4], а также труды специалистов, практикующих в области социальной реабилитации, медико-социальной экспертизы, занимающихся проблемами психологического здоровья населения.

Заботу о людях, страдающих душевными расстройствами и в силу различных обстоятельств не имеющих возможность проживать в семье, государство берет на себя, помещая их, в частности, в психоневрологические интернаты (ПНИ). Согласно данным Росстата и Минтруда, в России в 523 психоневрологических интернатах проживают около 10 тысяч человек различного возраста. В среднем получателей услуг в каждом интернате 400–500 человек.

Современные психоневрологические интернаты имеют давнюю и скорбную историю. На протяжение веков умалишенных относили к изгоям, считая «неразумие» нарушением социальных норм [5], и институт изоляции был единственным способом выстраивания взаимоотношений душевных больных и социума. Советский период не внес существенных перемен в диспозицию ПНИ – социум, продолжая политику изоляции, считая, что люди, страдающие психическими расстройствами, – неполноценные и поэтому не должны находиться среди здоровых членов общества. А чтобы эта установка не подвергалась нарушениям, ПНИ, в которых помещали людей в основном для пожизненного проживания, как правило, размещались вдали от населенного пункта, обносились высоким глухим забором, оснащенным пропускным пунктом, поэтому попасть внутрь, как и выйти наружу, было непросто.

Сегодня основной контингент ПНИ – дети-сироты, перешедшие из детских-домов, интернатов для детей с умственной отсталостью по причине достижения совершеннолетия, дети из семей, в которых родители не могут обеспечить им надлежащий уход; не менее многочисленная группа получателей социальных услуг в ПНИ – граждане пожилого возраста, потерявшие опекунов, или получившие отказ со стороны родственников в уходе. Большинство из них – после перенесенного инсульта, а также пожилые люди с возрастной деменцией, болезнью Альцгеймера. Среди распространенных заболеваний – шизофрения, ДЦП, глубокая умственная отсталость, аутизм, синдром Дауна. Психические заболевания и естественно вытекающие из этого уход, лечение, содержание в подавляющем большинстве требуют больших расходов из государственного бюджета: люди с нарушениями психики, как правило, утрачивают или не имеют навыков самообслуживания и поэтому нуждаются в посторонней помощи.

Существующие практики, как правило, сводятся к удовлетворению основных жизненных потребностей инвалидов, отводя им роль получателей опеки и заботы. Поэтому мы считаем наиболее перспективным направлением в изменении существующей практики – наряду с психосоциальной коррекцией [6], медико-социальной реабилитацией, широко применяющихся в системе ПНИ, – осуществление системы мероприятий и процедур особого направления социальной реабилитации [7], имеющих целью формирование у пациентов ПНИ таких качеств, которые позволили бы им в определенной степени изменить социальное положение и обрести новые социальные роли.

Социальная реабилитация – это, по преимуществу, восстановление, частичное или полное, социального статуса инвалида, снижение уровня его материальной зависимости или достижение, в идеале, его полной материальной независимости В каком объеме и до какого предела возможна социальная реабилитация для лиц с нарушениями психики в условиях ПНИ? Характер и объем социальной реабилитации определяется особенностью интернатного

проживания. Психоневрологический интернат имеет стабильный состав больных, однообразные условия проживания, обусловленные объемом финансирования учреждения, ограниченными возможностями трудовой деятельности и досуговыми мероприятиями.

Программа по социальной реабилитации людей с нарушениями психики, безусловно, встроена в программу медико-социальной реабилитации, использует отработанные технологии, но имеет усиленный социальный компонент. Она осуществляется с учетом индивидуальных особенностей личности, его физических, психофизиологических особенностей и разрабатывается индивидуально для каждого больного.

Программа социальной реабилитации – документ, в котором содержатся все имеющиеся данные об инвалиде, показания к проведению реабилитационных мероприятий, он представляет собой четкую последовательность действий, сгруппированных поэтапно. Для каждого из этапов формулируется цель и составляется план действий по ее достижению.

Поскольку социальная реабилитация инвалида – комплекс совместных действий специалистов различных направлений, каждый этап программы должен содержать план мероприятий по медицинской реабилитации, план мероприятий по профессиональной реабилитации. Ведущая роль в нашем случае была отведена социальному работнику, который не только осуществлял привитие социальных навыков или их реконструкцию, но и консолидировал действия специалистов, координировал их деятельность, отслеживал и анализировал полученные результаты.

Наша программа включала:

для больных с ярко выраженным слабоумием:

- обучение приемам самообслуживания: одевание; раздевание;
- обучение пользованию столовыми приборами, приему пищи;
- обучение умению пользоваться электровыключателями;
- обучение пользованию туалетом.

для больных с менее выраженным слабоумием:

- ознакомление с режимными правилами;
- обучение ремонту одежды, работе по уборке территории;
- обучение умению распоряжаться денежными средствами;
- знакомство с досуговыми мероприятиями и обучение приемам их проведения: занятия физической культурой, обучение пользованию спортивным инвентарем и правилам спортивных игр; обучение декоративно-прикладному творчеству: вышивке, вязанию, поделкам из природного материала; обучение танцам, вокалу;
- обучение пользованию транспортом, посещению общественных мест;
- привитие навыков социального общения, которые включали совместную деятельность, посещение городских мероприятий, кинотеатра;

В Биробиджанском ПНИ проживают инвалиды I и II групп, страдающие психическими заболеваниями различного генезиса, всего 552 человека, из которых 396 человек – женщины (76 %), мужчин – 126 человек (24 %).

Возрастной состав следующий: больных в возрасте от 18 до 29 лет – 22 %, от 30 до 49 лет – 37 %, от 50 до 70 лет – 34 %, старше 70 лет – 7 %.

По характеру заболевания самая большая группа больных с умственной отсталостью – 68 %. Среди них женщин – 78 %, мужчин – 22 %.

В возрастной группе от 18 до 29 лет – 41 %, 30–50 лет – 30 %, 50–69 лет – 26 %, старше 70 лет – 3 %.

Среди больных с умственной отсталостью больше всего лиц с умеренной умственной отсталостью.

Менее многочисленная группа – больные шизофренией – 22 %, причем, подавляющее число больных шизофренией, – женщины: 80 %; самая многочисленная возрастная группа больных шизофренией – 40–70 лет.

Больных эпилепсией, органической и сенильной деменцией – 6 % от общего числа больных. Подавляющее число больных – женщины.

Возрастные характеристики больных эпилепсией, органической и сенильной деменцией: от 18 до 29 лет – 15 %, от 30 до 49 лет – 30 %, от 50 до 70 лет – 45 %, свыше 70 лет – 10 %.

42,9 % жителей ПНИ родственников не имеют, у 57,1 % близкие родственники есть.

Младшая возрастная группа с диагнозом «шизофрения» с выраженным дефектом психики немногочисленна, основная группа представлена больными в возрасте 40–70 лет. Это люди, лишившиеся в результате заболевания важнейших социальных функций – коммуникативных, профессиональных, утративших социальные связи.

Поэтому цель реадаптационных мероприятий для этой категории больных состоит в восстановлении утраченных функций и адаптации их в новых условиях психоневрологического интерната на основе дифференцированного подхода, учитывающего степень сохранности у больного необходимых социальных функций.

Например, гражданка Л., 33 года, поступила в интернат в 2006 году с диагнозом «шизофрения». Наследственность отягощена, мать также болела шизофренией, есть родственники – две старшие сестры. Образование среднее, с детства отличалась замкнутостью, малообщительностью, отмечались приступы агрессии, на протяжении долгого времени состояние характеризовалось эмоциональными расстройствами. Навыки обслуживания – элементарные. Хозяйственными навыками не обладала. После смерти матери стала проявлять агрессию к сестрам, к агрессии присоединились бредовые идеи, галлюцинации, отрешенность. После прохождения курса лечения в стационаре была оформлена для проживания в психоневрологический интернат. Наблюдения показали, что Л. избегала общения, не выходила на прогулки, была неопрятна. На основании результатов наблюдений было принято решение сделать упор в реабилитационных мероприятиях на методы трудотерапии.

Для восстановления утраченных навыков была разработана индивидуальная программа реабилитации, направленная на восстановление навыков самообслуживания, трудовой деятельности, развитие коммуникативных умений и навыков, обучение контролю за своим поведением.

После проведенных реабилитационных мероприятий специалистами отмечается опрятный внешний вид Л., она следит за порядком в комнате, помогает на кухне чистить овощи, проявляет интерес к мероприятиям, проводимым в интернате. Стала общительней и доброжелательней. Наладила контакт с сестрами, научилась для общения с ними пользоваться мобильным телефоном.

Наиболее сложная в плане социализации группа лиц с умственной отсталостью. Больные с нарушениями психики и центральной нервной системы представляют особую,

наименее защищенную категорию инвалидов. Их положение в социуме усугубляется тем, что они не осознают свое состояние, не в состоянии осознать свои потребности и озвучить их. Навыки самообслуживания, социальные потребности, например, в общении, досуговой деятельности, у одной группы больных либо не сформированы по причине выраженного снижения интеллекта, то есть такие больные не способны даже к минимальному уходу за собой, либо распались у больных другой группы вследствие длительности тяжелого хронического заболевания.

Клинико-психологические особенности этой группы требуют иного реабилитацинного подхода по сравнению с программой социальной реабилитации больных шизофренией, и работа с умственно отсталыми больными будет направлена на формирование элементарных санитарно-гигиенических навыков, на осмысление возникающих хозяйственно-бытовых проблем и обучение необходимым действиям для их устранения.

В процессе реализации программы социальной реабилитации необходимо тщательно отслеживать динамику развития психики, появление и рост социальных связей, элементарных трудовых навыков.

Например, гражданка Т., 18 лет, поступила в психоневрологический интернат из интерната для умственно отсталых детей с диагнозом «умственная отсталость умеренная». Мать отказалась от ребенка в роддоме. По характеру замкнутая. Имеет элементарные навыки ведения домашнего хозяйства. Целью индивидуальной программы реабилитации было закрепление и развитие навыков трудовой деятельности, вовлечение в культурно-досуговую деятельность и физкультурные мероприятия. Результат: помогает в благоустройстве территории, разбивке клумб. Помогает в пошиве мягкого инвентаря, подружилась с другими пациентами интерната.

Реабилитационная работа с больными эпилепсией, органической и сенильной деменцией не должна содержать задания на развитие памяти, внимания. Действия должны носить стереотипный характер с использованием привычных для больного движений, с задействованием моторики.

Эти рекомендации учитывались при разработке программы социальной реабилитации пациентки М., 41 год. Диагноз – эпилепсия. Болеет с детства. Оформлена инвалидность. Образование среднее. Не работала. Проживала с мамой. После ее смерти была направлена в ПНИ. Малообщительная. Обидчивая. На замечания реагирует агрессивно, что провоцирует приступы. Была разработана индивидуальная программа социальной реабилитации, направленная на овладение трудовой деятельностью, вовлечением в физкультурно-оздоровительную и культурно-досуговую деятельность. Результаты: М. участвует в художественной самодеятельности, выступает в концертных программах интерната «Осень разноцветная», «Я – звезда». Участвует в спортивных мероприятиях по бегу, турнирах по дартсу. Научилась пользоваться телефоном мобильной связи, зарегистрировалась в социальных сетях и теперь имеет возможность общаться с людьми за пределами интерната. Появилось много друзей и в интернате. Обучили М. пользоваться фотоаппаратом, теперь она увлеклась фотографией и участвует в фотовыставках. Подопечная стала чувствовать себя нужной, приступы стали реже, так как М. научилась спокойнее реагировать на замечания. По словам М., она многому научилась, но не будет останавливаться на достигнутом.

Но не все подопечные достигают желаемых результатов. Больные, имеющие наиболее тяжелые формы заболеваний, тяжело поддаются социальной реабилитации, но все же осваивают элементарные навыки самообслуживания.

Таким образом, в результате реализации Программы социальной реабилитации граждан, проживающих в ОГБУ «Биробиджанский психоневрологический интернат»:

- Были обучены *приемам самообслуживания* 60 % получателей социальных услуг психоневрологического интерната. Пациенты приобрели навыки надевания верхней одежды, обучились произвольно брать и опускать предметы (для тех, у кого эти функции отсутствовали или были утрачены), самостоятельно есть, умываться, поддерживать порядок в комнате, приобрели навыки опрятности, научились чистить зубы зубной щеткой, пользоваться туалетной бумагой. 40 % пациентов не усвоили обучение в связи с тяжестью заболевания.

- Приобщено к занятиям физической культурой посредством вовлечения пациентов *в физкультурно-оздоровительные мероприятия* (утренняя гимнастика в корпусах, спортивные мероприятия) 47,9 % человек.

- Установлено, что самой эффективной по уровню вовлеченности пациентов стала культурно-досуговая деятельность. В конкурсах, праздничных мероприятиях, театральных представлениях, конкурсах принимают 100 % подопечных. Досуговые мероприятия позволяют оценить практическую эффективность программы, увидеть динамику развития подопечных в ходе наблюдения за ними, оценить, насколько сформированы их коммуникативные навыки, дать оценку характера эмоционального отклика на происходящие события, определить степень самостоятельности участников программы.

Кроме обретения необходимых социальных навыков отмечается улучшение настроения подопечных, положительная динамика в лечении. Но, как показали дальнейшие наблюдения за подопечными, реабилитационные практики, нацеленные на развитие или восстановление утраченных навыков больных, – это не ограниченная определенным временным отрезком программа, а длительный непрерывный процесс, требующий постоянного контроля и коррекционных мероприятий. Но, как уже говорилось выше, психические заболевания в подавляющем большинстве требуют больших расходов из государственного бюджета, и осуществление систематических индивидуальных ресоциализационных мероприятий становится крайне затруднительным, следовательно, необходим поиск дополнительных ресурсов. Одним из таких ресурсов может стать активное взаимодействие интерната с социумом.

К такому выводу мы пришли, наблюдая за нашими подопечными при реализации мероприятий по обучению пользованием общественным транспортом, посещением общественных мест. Мы отметили, что самым мощным катализатором положительных перемен в состоянии больных стали именно выезды за пределы интерната. Это стало тем событием, когда соприкоснулись два мира – мир душевнобольных людей и мир, в котором нет места этим людям. И этот опыт оказался удачным. Трудно переоценить эффективность экскурсионных поездок. Ни одно из проводимых мероприятий внутри интерната не могло сравниться по силе эмоционального воздействия на подопечных с пусть непродолжительной, но прогулкой по свободному пространству города среди других людей, не похожих на тех, кого наши пациенты видят каждый день; с посещением краеведческого музея, кинотеатра. Этот метод показал недостаточность современных подходов к реабилитационным программам: их цель в основном сводится к развитию утраченных навыков и активизации компенсаторных механизмов, но без событийного компонента, вызывающего состояние эмоциональной активации жителей ПНИ, эти усилия не столь эффективны [8]. Адаптация лиц с ментальными заболеваниями в общество является довольно сложной задачей, так как характер и объем выполняемых действий зависят от той системы ценностей, идеологических установок, которые разделяют субъекты социальных программ. Такая деятельность требует не только консолидации усилий служб, имеющих непосредственное отношение к данной проблеме, поддержанных и инициированных государством, но и формирования опыта взаимодействия социума с такой категорией инвалидов, поскольку социально значимые и общественно обусловленные меры по

реабилитации людей с инвалидностью по психическому расстройству являются на сегодняшний день малоосвоенными аспектами социальных взаимоотношений.

Перемены в социальном положении и жизненной ситуации людей, страдающих психическими заболеваниями, возможны только в случае изменения доминирующих представлений о душевной болезни. Психоневрологическим интернатам пора стать более открытыми, а социум должен наконец преодолеть собственную застарелую психофобию, которая является причиной того, что в нашей стране в большей степени, чем в других развитых странах, больных с хроническими психическими заболеваниями относят к маргинальной части населения [9]. Социум станет лучше, когда придет осознание, что есть мир, в котором обитают другие люди, такие не похожие на нас, но которым так нужно наше участие [10]. Речь не идет о реконструкции процесса деинституализации психиатрических стационаров, охватившего зарубежные страны в 70–80-х годах прошлого столетия. Мы убеждены в том, что повышение качества жизни душевнобольных, как и эффективность любых реабилитационных программ будет зависеть от активного взаимодействия с различными общественными, благотворительными организациями, волонтерами. Жизнь в изоляции не только тормозит развитие детей, но и усугубляет психическое состояние взрослых больных, социальное же взаимодействие может стать основным процессом, способствующим развитию не только личности, но и всей социальной системы [11].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дюркгейм Э. Метод социологии // Тексты по истории социологии XIX–XX веков: Хрестоматия / Сост. и отв. ред. В.И. Добреньков, Л.П. Беленкова. М., 1994.
2. Мертон, Р. Социальная теория и социальная структура / Роберт Мертон. – М.: АСТ: Хранитель, 2006.
3. Вебер. М. Избранное. Образ общества / М. Вебер. М.: Юрист, 1994.
4. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда // Тексты по истории социологии XIX–XX веков: Хрестоматия / Сост. и отв. ред. В.И. Добреньков, Л.П. Беленкова. М., 1994.
5. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997.
6. Коблова А.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Современные тенденции медико-социальной помощи больным психическими расстройствами // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 6–2. – С. 485–489.
7. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.
8. Башаев С.В., Горелик В.В. Проблемы социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья в современном обществе // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. №4–7 (46). С. 131–134.
9. Зайцев И.В. Маргинальность как социально-философская проблема: Автореф. дис. ... канд. филос. наук. Омск: ОмГУ, 2002.
10. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности // Социол. исслед. 2014. № 4.
11. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. – М., 1994.

Nevelichko Lyubov Grigorievna
Sholom-Aleichem Priamursky state university, Birobidzhan, Russia
E-mail: lnevelichko@bk.ru

Social integration as a significant factor in the rehabilitation of people with disabilities in a neuropsychiatric boarding school

Abstract. The article describes the experience of social rehabilitation of persons with mental disorders and central nervous system living in a neuropsychiatric boarding school. It has been established that modern rehabilitation practices aimed at developing or restoring lost skills of patients is not a program limited to a specific time period, but a long continuous process that requires constant monitoring and corrective measures. But mental diseases in the vast majority require large expenditures from the state budget, therefore, the implementation of systematic individual resocialization measures becomes extremely difficult, and subsequent work with the mentally ill is reduced to meeting the basic life needs of the disabled, assigning them the role of recipients of guardianship and care. It is justified that social rehabilitation programs aimed at developing or restoring the necessary skills, as well as activating compensatory mechanisms, do not fully fulfill the socializing function without forming the individual and social value of the wards. The novelty of the study is to justify the prospect of including in the process of existing practice of social rehabilitation a component that can to some extent change the social status of patients in a neuropsychiatric boarding school and allow them to master new social roles – the integration of the mentally ill and society.

Keywords: social rehabilitation; neuropsychiatric boarding; social rehabilitation programs; social rehabilitation of a disabled person; interaction with society

REFERENCES

1. Dyurkgeym Eh. (1994). *Sociology method*. [Russ. ed.: Metod sotsiologii. Ed. by V.I. Dobren′kov, L.P. Belenkova. Moscow].
2. Merton R. (2006). Sotsial′naya teoriya i sotsial′naya struktura. [*Social Theory and Social Structure*.] Moscow: AST.
3. Veber M. (1994). Izbrannoe. Obraz obshchestva. [*Favorites. Society image*.] Moscow: Lawyer.
4. Dyurkgeym Eh. (1994). *On the division of social labor*. [Russ. ed.: O razdelenii obshchestvennogo truda. Ed. by V.I. Dobren′kov, L.P. Belenkova. Moscow].
5. Fuko M. (1997). Istoriya bezumiya v klassicheskuyu ehpokhu. [*The history of madness in the classical era*.] Saint Petersburg.
6. Koblova A.A., Krom I.L., Novichkova I.Yu. (2013). Modern trends in medical and social care for patients with mental disorders. *Basic research*, 6–2, pp. 485–489 (in Russian).
7. Zozulya T.V. (2001). Osnovy sotsial′noy i klinicheskoy psikhiatrii. [*Fundamentals of Social and Clinical Psychiatry*.] Moscow: Academy Publishing Center.
8. Bashaev S.V., Gorelik V.V. (2016). Problems of social adaptation of people with disabilities in modern society. *International Scientific Journal*, 4–7(46), pp. 131–134 (in Russian).
9. Zaytsev I.V. (2002). Marginal′nost′ kak sotsial′no-filosofskaya problema. [*Marginality as a socio-philosophical problem*.] Omsk: Omsk State University.
10. Yarskaya-Smirnova E.R. (2014). Social design of disability. *Sociological studies*, 4 (in Russian).
11. Dyurkgeym Eh. (1994). Samoubiystvo: Sotsiologicheskiy ehtyud. [*Suicide: A Sociological Study*.] Moscow.