



Общественное объединение
«Белорусская ассоциация
психотерапевтов»



Общественная организация
«Белорусская ассоциация
социальных работников»

Реабилитация и социально-психологическая поддержка людей с психическими заболеваниями на уровне местного сообщества: актуальные проблемы и пути решения

Информационное пособие



Финансовая поддержка
Программы малых грантов
Посольства США в Республике Беларусь



Минск 2017



Общественное объединение
«Белорусская ассоциация
психотерапевтов»



Общественная организация
«Белорусская ассоциация
социальных работников»

Реабилитация и социально-психологическая поддержка людей с психическими заболеваниями на уровне местного сообщества: актуальные проблемы и пути решения

Информационное пособие

Финансовая поддержка
Программы малых грантов
Посольства США в Республике Беларусь

Минск 2017

Авторы-составители:

Байкова И. А.

председатель правления Общественной организации
«Белорусская ассоциация психотерапевтов»,
заведующая кафедрой психотерапии
и медицинской психологии БелМАПО,
кандидат медицинских наук

Станиславчик Е. А.

исполнительный директор Общественной организации
«Белорусская ассоциация социальных работников»

Рыбчинская О. А.

директор Минского Клубного Дома
«Открытая душа»

Информационное пособие «Реабилитация и социально-психологическая поддержка людей с психическими заболеваниями на уровне местного сообщества: актуальные проблемы и пути решения» подготовлено в рамках проекта «Социальное пространство для лиц с психическими заболеваниями: общественный диалог на республиканском уровне и в местном сообществе» при финансовой поддержке Программы малых грантов Посольства США в Республике Беларусь.

Пособие предназначено для специалистов государственных учреждений и НГО, оказывающих социальные и реабилитационные услуги лицам с психическими заболеваниями. Включает материалы по широкому кругу вопросов, касающихся организации реабилитации на уровне местного сообщества.

Издано при финансовой поддержке

Программы малых грантов Посольства США в Республике Беларусь

Введение

Во всем мире отмечается рост числа лиц, страдающих психическими заболеваниями. Психические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней после сердечно-сосудистых заболеваний. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. психические расстройства войдут в первую пятерку болезней, ведущих к потере трудоспособности.

Несмотря на развитие фармакотерапии, позволяющей быстро купировать приступ и сократить сроки госпитализации, люди, страдающие тяжелыми психическими заболеваниями, остаются изолированной группой в обществе, как правило, не включенной в производственные и общественные отношения.

В настоящее время особая роль в мировой практике отводится реабилитации и социальной работе с лицами, страдающими психическими заболеваниями, что снижает риск рецидива заболевания и существенно влияет на качество жизни.

В Республике Беларусь реабилитация лиц с психическими заболеваниями представлена главным образом медицинской реабилитацией в психиатрических учреждениях Министерства здравоохранения. После внесения изменений в 2015 г. в Постановление Министерства труда и социальной защиты и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2013 г. № 3/4 «Об установлении перечня медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания и признании утратившими силу постановлений Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2003 г. 140/48 и от 17 января 2007 г. № 4/8» лица с психическими заболеваниями получили право обслуживаться в отделениях дневного пребывания территориальных центров социального обслуживания населения. Однако в силу ограниченности ресурсов

и смешанности нозологических групп, деятельность таких отделений сводится к организации дневного пребывания лиц с инвалидностью. Стигматизация по-прежнему остается препятствием для обращения лиц с психическими заболеваниями за помощью в ТЦСОН. Кроме того, социальная реабилитация в государственных учреждениях недоступна для лиц с психическими заболеваниями без установленной инвалидности.

Ратификация Республикой Беларусь 18 октября 2016 г. Конвенции о правах инвалидов открывает новые возможности для развития системы социально-психологической поддержки и реабилитации лиц, страдающих психическими заболеваниями, на основе принципов равенства, партнерства, недискриминации, соблюдения всех прав и основных свобод человека.

Организация реабилитации лиц с психическими заболеваниями на уровне местного сообщества является важным шагом для реализации Конвенции о правах инвалидов, необходимым условием процесса деинституционализации и, несомненно, ответом на экономические вызовы в современном мире за счет возвращения людей с психическими заболеваниями к активному участию в социальной и экономической жизни страны. Так, учреждения закрытого типа, по сравнению с реабилитационными услугами по месту жительства, требуют больших финансовых затрат, при этом потребность в них ниже. Оказание медицинских, реабилитационных и социальных услуг по месту жительства повышает их доступность, снижает стигматизацию и вероятность нарушения прав человека.

Стигматизация лиц с психическими заболеваниями и психиатрической системы в целом является одним из препятствий на пути развития системы социально-психиатрической помощи, может вести к дискриминации, то есть к реальным действиям, ограничивающим права людей с психическими расстройствами. Из-за стигматизации, связанной с психическими расстройствами, люди боятся обращаться за психиатрической помощью. Стигма находится в фокусе международных программ: ВОЗ призвала своих участников проявить активность в отношении мероприятий по дестигматизации, некоторые разработки в этой области были проведены Всемирной психиатрической ассоциацией (2005).

Средства массовой информации являются мощнейшим инструментом формирования общественного мнения, в том числе в отношении лиц с психическими заболеваниями. Процесс дестигматизации должен проходить при тесном взаимодействии государственных и общественных организаций, работающих в области охраны психического здоровья и СМИ. Одним из направлений деятельности в этой области может стать разработка Рекомендаций по освещению вопросов психического здоровья в СМИ.

Реабилитация на уровне местного сообщества в контексте реформ в области психического здоровья

*Станиславчик Е. А.,
исполнительный директор Общественной организации
«Белорусская ассоциация социальных работников»*

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (далее — ВОЗ), психическое здоровье является неотъемлемым компонентом здоровья каждой личности и предполагает не только отсутствие психических расстройств и связанных с ними ограничений жизнедеятельности. Психическое здоровье — это, прежде всего, состояние благополучия, при котором каждый человек имеет возможность продуктивно учиться, работать, справляться со сложными жизненными обстоятельствами, реализовать свой собственный потенциал, привнося при этом вклад в жизнь общества, в котором он живет.

Национальная политика государства в области охраны психического здоровья должна ориентироваться в равной степени как на реализацию мер по защите и сохранению психического здоровья, так и на удовлетворение потребностей и решение проблем людей, уже имеющих опыт психического заболевания.

Исторически ситуация в отношении людей, столкнувшихся с проблемами психического здоровья, во всем мире складывалась достаточно плачевно. Наличие психического заболевания трактовалось обществом как проклятие или наказание и фактически означало «социальную смерть», поскольку единственной альтернативой для таких людей было нахождение в закрытых учреждениях, где ни о реализации прав, ни о развитии личности не могло быть и речи. Только во второй половине XX в. наметились первые шаги в сторону проведения реформы в области охраны психического здоровья с акцентом на формирование нравственного, гуманного отношения к людям с психическими расстройствами. В значительной степени это связано с развитием движения по защите прав и принятием в 1948 г. Генеральной ассамблеей ООН Всеобщей декларации прав человека, которая

обратила внимание на множественные нарушения в реализации прав людей с психическими заболеваниями как в закрытых учреждениях, так и на уровне сообщества. Это положило начало всевозможным исследованиям, доказывающим несостоятельность существующей системы, которые показали, что содержание в закрытых психиатрических больницах при высокой стоимости имеет малый терапевтический эффект, нередко сохраняя состояние пациента на одном уровне без улучшений в течение длительного времени, а в ряде случаев может также приводить к обострению.

В результате развития движения за права человека начали разрабатываться новые подходы к оказанию услуг в области охраны психического здоровья, это положило начало процессу деинституционализации, ознаменовавшему переход от системы, основанной на организации помощи в закрытых медицинских учреждениях и институтах, к системе поддержки на уровне сообщества. Эту тенденцию наглядно продемонстрировала реформа системы оказания психиатрической помощи в Италии в 1978 г., в результате которой все психиатрические больницы в г. Триесте были закрыты, и на смену им были созданы службы охраны психического здоровья по месту жительства, предоставляющие медицинскую помощь, проводящие психосоциальную реабилитацию и лечение острых состояний.

Первые инновации в области оказания услуг людям с психическими заболеваниями на уровне сообщества появились в 50-х годах XX в. Значительный вклад в процесс изменений внесли труды американского социолога Эрвинга Гоффмана, в частности его труд под названием «Узники: Несколько эссе о социальном положении психически больных и других лишенных свободы», который явился результатом практической деятельности Гоффмана в психиатрической больнице Св. Елизаветы, Вашингтон, округ Колумбия. В книге больница изображается как авторитарная система, которая вынуждает пациентов принимать на себя роль «психически больного», изменять свое мышление и поведение, страдая при этом от унижений, ограничений, и шаг за шагом приспособливается к институциональной жизни.

В своих наблюдениях Гоффман отмечает, что человек в условиях длительной изоляции, в попытке выразить свое

неудовольствие ситуацией предпринимает ряд действий демонстративного характера, вызывая соответствующую реакцию со стороны персонала, что в результате приводит к ужесточению мер по отношению к пациенту. В результате чего происходит подавление личности и укрепление в пациенте роли «психически больного». В результате своей деятельности Гоффман пришел к выводу о необходимости отмены недобровольной психиатрической госпитализации и вместе с известным американским психиатром Томасом Сасом выступил одним из учредителей Американской ассоциации за отмену недобровольной психиатрической госпитализации.

Помимо активизации движения за права пациентов психиатрических клиник, с конца 50-х годов наблюдается тенденция активного развития различных форм помощи, оказания поддержки и реабилитации людей с психическими заболеваниями на уровне сообщества. В 1948 г. в Нью-Йорке начинает свою деятельность так называемый «Дом Фонтана», сообщество людей с психическими заболеваниями, положившее начало развитию модели психосоциальной реабилитации Клубный дом, которая, в отличие от традиционных служб дневного пребывания, делала акцент не на болезни человека, а на его потенциале и возможностях. К концу 70-х годов модель уже получила широкое распространение не только в США и Европе, но и в других уголках мира, доказав свою состоятельность и эффективность.

В 1963 г. в США начинается процесс развития сети общественных центров психического здоровья по месту жительства, задачей которых является оказание помощи человеку без отрыва от семьи и друзей, в противовес крупным психиатрическим больницам. Общественные центры обеспечивают краткосрочную госпитализацию, амбулаторное лечение и круглосуточную службу экстренной помощи. Помимо создания отдельных служб, реализуется ряд иных мер, направленных на развитие системы поддержки и социальных услуг с целью интеграции людей с психическими заболеваниями в общество, например таких, как защищенное жилье, «дом на полпути» — место, позволяющее людям с психическими заболеваниями приобрести необходимые навыки для интеграции в общество и др.

Хотя за последние годы многие страны уже предприняли значительные шаги в процессе деинституционализации, следует

отметить, что во многих европейских странах функционирование и развитие больших психиатрических больниц и иных закрытых учреждений остаются преобладающими в качестве мер по реализации политики в области психического здоровья. При всех значимых аспектах, не стоит, однако, забывать, что процесс деинституционализации достаточно сложен и бросает большое количество вызовов государству, так как при неправильном подходе несет в себе риски развития как минимум 4 нежелательных сценариев (Jan Pfeiffer, 2011): сверхинвестиции в действующие учреждения; развитие и финансирование дублирующих и перекрывающих друг друга служб; инвестирование в альтернативные службы, которые несут в себе культурные особенности и принципы предыдущих институтов и учреждений; закрытие учреждений в условиях отсутствия системы альтернативных служб поддержки по месту жительства (к слову, подобная ситуация наблюдалась в США в 50-е годы XX в., когда в результате деинституционализации, которая не была подкреплена альтернативной системой мер поддержки по месту жительства, многие люди с психическими заболеваниями оказались на улице, в тюрьмах или в домах престарелых).

Руководствуясь многолетним опытом реализации политики в области охраны психического здоровья во многих странах, в 2003 г. ВОЗ выпустила в свет Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья «Организация служб охраны психического здоровья».

Среди служб охраны психического здоровья на разных уровнях выделялись службы, действующие по месту жительства, которые не функционируют на базе клиник, но работают в сотрудничестве со специализированными психиатрическими больницами и другими медицинскими учреждениями:

Реабилитационные службы:

- центры охраны психического здоровья по месту жительства/поликлиники;
- Клубные дома;
- центры дневного пребывания;
- центры медико-социальной помощи;
- группы поддержки на базе государственных учреждений;
- профессионально-трудовые реабилитационные мастерские;
- мастерские с предоставлением жилья;

- сопровождаемое трудоустройство;
- кооперативы для лиц с психическими расстройствами;
- программы поддержки трудоустройства/защищенное трудоустройство.

Программы перевода кризисных пациентов в службы охраны психического здоровья по месту жительства и мобильные кризисные группы:

- мобильные службы для оказания помощи кризисным пациентам (включая вечерние часы и выходные дни), работающие на базе центров охраны психического здоровья по месту жительства и поликлиник.

Кризисные службы:

- жилые дома, находящиеся вблизи медицинских учреждений, с круглосуточной медицинской помощью, оказываемой специалистами в области психического здоровья;
- услуги медицинских работников, прошедших специальную подготовку в области психического здоровья, которые могут оставаться с пациентом в его собственном доме в ночное время для оказания поддержки в период кризиса;
- кризисные центры.

Терапевтические службы и службы помощи на дому:

- многоквартирные дома для бывших пациентов (без надзора);
- квартиры для проживания двух или трех жильцов (без надзора);
- дома для совместного проживания (с медицинским персоналом и без);
- приюты;
- реабилитационные центры;
- сельскохозяйственные реабилитационные кооперативы;
- обычное жилье.

Услуги на дому:

- лечение на дому, координируемое врачом из центра охраны психического здоровья по месту жительства;
- ведение случаев и ассертивное лечение по месту жительства;
- центры оказания психиатрической помощи на дому.

Иные виды помощи, в том числе негосударственные, неформальные:

- медицинское обслуживание в учебных заведениях, по месту работы или в исправительных учреждениях;

- телефоны доверия;
- программы психологической помощи по месту жительства;
- сотрудники охраны психического здоровья в деревнях и по месту жительства;
- члены семьи больного/общины;
- группы самопомощи и потребителей услуг;
- организации пропаганды ценностей психического здоровья;
- добровольцы, проводящие разъяснительную работу среди родителей и молодежи по вопросам, касающимся психического здоровья, и скрининг для выявления случаев психических расстройств (включая суицидальные тенденции) в больницах и школах;
- религиозные деятели, оказывающие помощь по преодолению посттравматического синдрома в чрезвычайных ситуациях;
- услуги по уходу в дневное время, оказываемые родственниками, соседями или пенсионерами, проживающими поблизости.

Отличительной особенностью служб охраны психического здоровья по месту жительства является доступность, поскольку они размещаются в непосредственной близости от места проживания человека, имеющего проблемы психического здоровья. Помимо этого, эффект наблюдается и в значительном уровне снижения стигматизации, поскольку риск стигматизации при обращении в подобную службу намного ниже, чем риск при обращении и нахождении в закрытых учреждениях и специализированных психиатрических клиниках, сюда также следует добавить минимальные возможности для нарушения прав человека. Службы охраны психического здоровья по месту жительства имеют значительное влияние на повышение качества жизни людей с психическими заболеваниями за счет постоянного доступа к медицинской помощи и социальной поддержки. Стоит отметить тот факт, что издержки на организацию полноценной системы поддержки по месту жительства будут значительными в начале процесса, поскольку здесь стоит вопрос и об организации достаточного количества служб в соответствии с потребностями конкретного района, и о подготовке квалифицированных специалистов, т.к. на данный момент существующие службы в Беларуси не ориентированы на решение такого большого

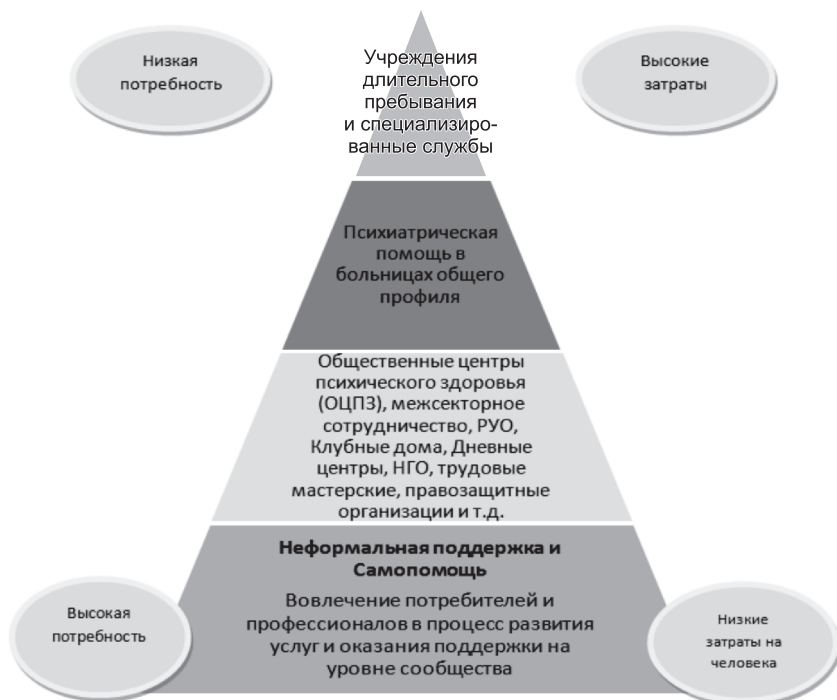
спектра вопросов и не имеют достаточного количества подготовленных кадров.

Следует также помнить, что организация системы служб охраны психического здоровья по месту жительства не обязательно приведет к снижению стоимости услуг и расходов, ведь речь идет о создании комплексной помощи, которая выходит далеко за рамки только медицинской поддержки. Не стоит ограничиваться только расчетами стоимости конкретной услуги или комплекса услуг, экономическая эффективность учитывает и конечный результат — а это, в идеальном варианте, личность, которая может жить, трудиться и развиваться в обществе независимо от наличия заболевания. Ведь на сегодняшний день психические заболевания накладывают значительное бремя на все общество, приводя к инвалидности и серьезным негативным последствиям в социальной и экономической сфере любого государства. Отсутствие преемственности и полноценной последовательной системы поддержки, от лечения к реабилитации и адаптации в обществе, усугубляет это бремя. Ведь помимо системы здравоохранения, людям с психическими расстройствами необходима поддержка в обществе, доступ к жилью, обучению, трудоустройству, возможность для активной общественной жизни.

В 2013 г. Всемирная ассамблея здравоохранения утвердила Комплексный план действий в области психического здоровья на период 2013–2020 гг. Важнейшая цель Плана действий состоит в том, чтобы укреплять психическое благополучие, предотвращать психические расстройства, обеспечивать медицинскую помощь, ускорять выздоровление, укреплять права человека и снижать смертность, заболеваемость и инвалидность лиц с психическими расстройствами. Этот план направлен на достижение 4-х задач:

- 1) укреплять эффективное лидерство и руководство в области охраны психического здоровья;
- 2) обеспечивать на первичном уровне комплексную интегрированную и четко реагирующую на изменения медико-санитарную и социальную помощь;
- 3) осуществлять стратегии укрепления психического здоровья и профилактики в области психического здоровья;
- 4) укреплять информационные системы, фактические данные и исследования в области психического здоровья.

Ниже представлено оптимальное сочетание услуг в области охраны психического здоровья с точки зрения ВОЗ с учетом анализа многолетнего опыта многих стран (рис. 1). По данным ВОЗ, лишь нескольким странам удалось достичь значительных результатов в этой области.



Источник: ВОЗ, 2003 (изм. 2007.), адаптация E. Hänninen и E. Mielonen, 2012

Рис. 1. Пирамида оптимального сочетания услуг в области психического здоровья

Основная идея пирамиды ВОЗ состоит в том, что психиатрические больницы и специализированные учреждения закрытого типа требуют больших финансовых затрат. При этом потребность в них ниже по сравнению с другими услугами в области охраны психического здоровья, в частности в сравнении с неформальными общественными услугами, такими как адвокати-рование, самопомощь, поддержка со стороны семьи/общины и т. д., которые имеют большую значимость при более низких затратах.

Пирамида демонстрирует, что услуги в области охраны психического здоровья можно условно разделить на формальные/официальные и неформальные. Неформальные включают в себя поддержку в целях укрепления навыков самопомощи и решения сложных жизненных ситуаций через друзей, группы самопомощи людей, имеющих схожие проблемы, а также поддержка на уровне сообщества, волонтерские организации, поддержка членов семей, социальные сети и группы, занимающиеся адвокати́рованием. Неформальные услуги являются важным дополнением к деятельности государственных служб охраны психического здоровья и играют важную роль в улучшении результатов восстановления людей с психическими заболеваниями. Они чаще вызывают доверие со стороны людей, столкнувшихся с проблемами психического здоровья, и при этом обладают более высоким уровнем доступности, с наименьшим количеством барьеров, которые человек должен преодолеть в целях получения помощи.

Для сравнения, в Беларуси одним из таких барьеров в отношении людей с психическими заболеваниями может быть, как ни странно, отсутствие инвалидности. В государственных центрах социального обслуживания населения социальная поддержка и реабилитация предоставляется, прежде всего, людям, имеющим инвалидность, т. е. само наличие заболевания и его возможных последствий, приводящих к сложной жизненной ситуации, не является основанием для предоставления помощи и поддержки. Но далеко не все люди с психическими заболеваниями в Беларуси получают группу инвалидности. В то же время, даже если человек имеет право и основание для получения помощи, нередко в государственных службах процесс достаточно сложен (например, сбор и предоставление соответствующих документов). Это приводит к тому, что люди отказываются даже от идеи начинать этот путь. Идеальным вариантом с наиболее эффективным уровнем интеграции было бы полное взаимодействие всех заинтересованных сторон: на уровне сообщества, негосударственных организаций, всевозможных учреждений в рамках государственной системы с обязательным участием людей с психическими заболеваниями.

Следуя логике пирамиды ВОЗ, когда поддержки на нижнем уровне (уровне сообщества) недостаточно, включается в работу

следующий уровень. Далее все идет в порядке возрастания — первичные услуги, например, врач местной поликлиники, психолог в школе или в частной службе, далее следуют специалисты общественных центров психического здоровья и психиатрических служб общей системы здравоохранения, а в самом конце пирамиды находится уровень, который предполагает длительное пребывание в психиатрической больнице.

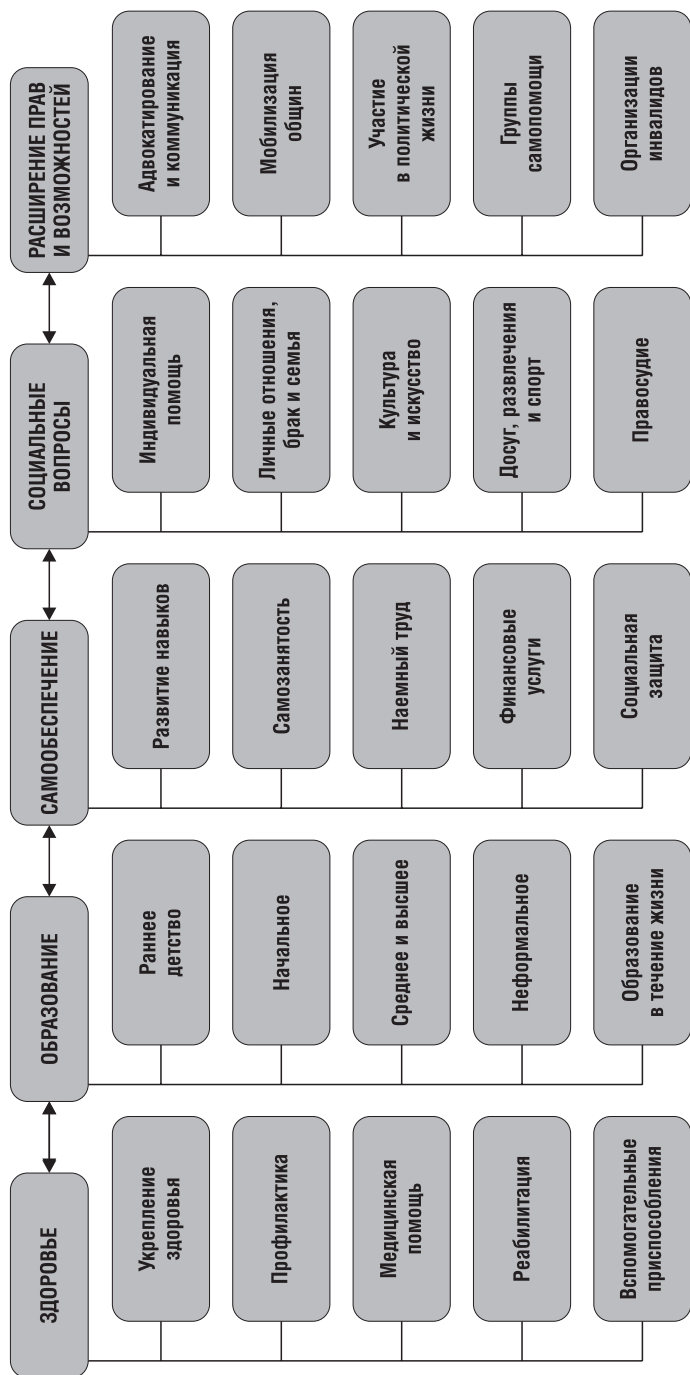
Формальный уровень или официальные службы в области охраны психического здоровья включают в себя, например, реабилитацию на уровне общин (РУО), дневные стационары, психотерапевтические кабинеты, центры дневного пребывания, сопровождаемое проживание, помощь на дому и вспомогательные службы, работу специализированных мастерских или поддерживаемое трудоустройство, Клубные дома, а также службы на уровне местного сообщества, оказывающие поддержку определенным группам, например детям, пожилым и т. д.

Хорошо организованная система служб охраны психического здоровья на местном уровне дает возможность многим людям даже с тяжелыми формами нарушений вследствие психических заболеваний продолжать жить в обществе, осуществляя, таким образом, полноценный процесс интеграции.

Структура пирамиды ВОЗ основана, прежде всего, на удовлетворении потребностей самого человека через грамотную политику и принятие решений, организацию и непрерывное развитие служб охраны психического здоровья. Следует также помнить, что сами получатели услуг и их опекуны должны иметь право голоса и быть услышанными на всех этапах развития системы.

Ключевые рекомендации ВОЗ в целях развития оптимальной системы услуг в области охраны психического здоровья:

- сокращение числа психиатрических больниц (при этом делается большой акцент на **создание альтернативной системы поддержки на местном уровне до начала процесса деинституционализации**);
- создание системы служб охраны психического здоровья по месту жительства;
- развитие услуг в области охраны психического здоровья в больницах общего профиля;
- интеграция служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения;



Источник: Сайт ВОЗ <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/> (дата доступа 9.01.2017)

Рис. 2. Матрица РУО

- создание системы неформальных служб/услуг в целях оказания поддержки людям с психическими заболеваниями по месту жительства;
- организация самопомощи.

Существенную долю среди услуг в области охраны психического здоровья на уровне местного сообщества составляют различные формы так называемой реабилитации на уровне сообщества/общины. Концепция Реабилитации на уровне общины или РУО была впервые внедрена ВОЗ в целях исполнения Алма-Атинской декларации (1978), которая являлась первым международным заявлением в поддержку первичной медико-санитарной помощи для каждого нуждающегося человека независимо от национальности, статуса и финансового положения. Вначале РУО представляла собой прежде всего метод, направленный на повышение доступности услуг первичной медико-санитарной помощи и реабилитационных услуг для инвалидов, особенно в странах с низким доходом. Но со временем спектр охватываемых направлений расширился. В 2004 г. была разработана матрица с целью обеспечения структурных рамок программ РУО (рис. 2). Она состоит из пяти основных компонентов: здоровье, образование, самообеспечение, социальные вопросы, расширение прав и возможностей.

Реабилитация на уровне отдельных сообществ направлена на улучшение качества жизни людей с инвалидностью и их семей, удовлетворение основных потребностей и обеспечение их включения и вовлечения в жизнь общества.

Принципы РУО основываются на принципах Конвенции о защите прав людей с инвалидностью:

- уважение присущего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости;
- недискриминация;
- полное и эффективное вовлечение и включение в общество;
- уважение особенностей инвалидов и их принятие в качестве компонента людского многообразия и части человечества;
- равенство возможностей;
- доступность;

- равенство мужчин и женщин;
- уважение развивающихся способностей детей-инвалидов и уважение права детей-инвалидов сохранять свою индивидуальность.

Дополнительно были включены еще два принципа: расширение прав и возможностей, включая адвокатирование, и устойчивость.

Расширение прав и возможностей, как видно из рис. 2, также является одним из ключевых элементов матрицы, поскольку помогает людям развивать навыки, позволяющие им стать независимыми, самостоятельно решать свои проблемы и принимать важные решения в своей жизни. При этом ВОЗ отмечает необходимость избегания ролей «дающий-берущий», смещая акцент на активное участие самого человека в процессе реабилитации. В руководстве РУО указывается, что расширение прав и возможностей начинается тогда, когда индивиды или группы людей осознают, что могут изменить свое положение и, более того, делают это.

За последние 30 лет в рамках сотрудничества ООН, НГО и организаций людей с инвалидностью РУО превратилась в межсекторальную стратегию для удовлетворения широкого спектра потребностей людей с инвалидностью, обеспечения их участия в жизни общества и повышения качества жизни. Поскольку РУО направлена на всех людей с инвалидностью, она, конечно, охватывает своим вниманием в том числе и людей с психическими заболеваниями.

В 2010 г. ВОЗ разработала ряд материалов с рекомендациями по реализации РУО по каждому из пяти основных блоков, которые можно найти в открытом доступе на сайте Всемирной организации здравоохранения.

Соответствие концепции РУО также учитывается при оценке реализуемых программ и служб, действующих в области охраны психического здоровья, наравне с другими ключевыми элементами и принципами международной политики в области охраны психического здоровья, такими как: уважение прав личности, наличие равных возможностей, гендерное равенство, вовлечение потребителей услуг в процесс принятия решений, социальная инклюзия, процесс деинституционализации, уваже-

ние права голоса пациента в процессе реабилитации и многое другое.

Красной линией через все международные рекомендации и документы проходит идея, что в целях внедрения эффективной системы услуг в области охраны психического здоровья, отвечающей потребностям населения, все заинтересованные стороны (министерства, учреждения системы здравоохранения, учреждения системы социальной защиты, государственные, общественные и коммерческие поставщики услуг, потребители услуг, члены семьи и т.д.) должны находиться в постоянном взаимодействии на всех уровнях процесса.

Следует также помнить, что только комплексный межсекторный подход может обеспечить достижение положительных результатов в области психического здоровья, в рамках ключевых индикаторов (ВОЗ, 2001a):

- смягчение симптомов, связанных с психическими расстройствами;
- улучшение функциональных способностей в разных сферах деятельности (например, в семье и обществе, в процессе обучения и на производстве);
- повышение производительности труда;
- улучшение качества жизни лиц с психическими расстройствами и членов их семей;
- профилактика снижения трудоспособности в психологическом и социальном плане;
- снижение уровня смертности (например, по причине самоубийств).

С целью выработки эффективной стратегии необходимо принять как факт, что психические расстройства будут иметь место и в будущем, неся при этом значительное бремя для общества, соответственно, решение проблем в области психического здоровья должно стать одним из приоритетных направлений, требующим внимательного и всестороннего подхода. Стоимость бездействия, а также неудачные решения в области политики охраны психического здоровья будут стоить намного выше в долгосрочной перспективе из-за высокого уровня влияния не только на самих людей с психическими заболеваниями, но и на членов их семей и на само общество в целом.

Список использованных источников

1. Конвенция о правах инвалидов. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2006. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. Дата доступа: 21.01.2017.
2. Руководящие принципы по реабилитации на уровне общины. ВОЗ, ЮНЕСКО, МБТ, МКИР [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/>. Дата доступа: 21.01.2017
3. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья. ВОЗ [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/publications/modules/ru/. Дата доступа: 21.01.2017.
4. Esko Hänninen. Choices for recovery. Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms. Report 50/12. Tampere, 2012. 108
5. Raymond M. Weinstein, Ph.D. Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients // Orthomolecular psychiatry, volume 11, number 4, 1982 Pp. 267-274 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://orthomolecular.org/library/jom/1982/pdf/1982-v11n04-p267.pdf>. Дата доступа: 21.01.2017

Оценка правовой ситуации в Республике Беларусь в сфере психического здоровья с учетом Конвенции о правах инвалидов

*Павлоградский В. Н.,
юрист Общественной организации
«Белорусская ассоциация социальных работников»*

Конвенция ООН о правах инвалидов (далее — КПИ) была заключена в г. Нью-Йорке, США, 13 декабря 2006 г. и ратифицирована Республикой Беларусь 18 октября 2016 г. Согласно ст. 8 Конституции Республики Беларусь 1994 г., Республика Беларусь признает приоритет общепризнанных принципов международного права и обеспечивает соответствие им законодательства. Согласно ст. 21 Конституции, обеспечение прав и свобод граждан Республики Беларусь является высшей целью государства. Каждый имеет право на достойный уровень жизни, включая достаточное питание, одежду, жилье и постоянное улучшение необходимых для этого условий. Государство гарантирует права и свободы граждан Беларуси, закрепленные в Конституции, законах и предусмотренные международными обязательствами государства.

Цель КПИ заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства (ст. 1 КПИ). Согласно той же статье, к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Это же определение было введено в белорусское законодательство еще в 2009 году. Такая формулировка содержится в ст. 1 Закона Республики Беларусь от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХІІ «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» в редакции от 17.07.2009 № 48-З.

При этом необходимо помнить, что в Республике Беларусь статус инвалида присваивается уполномоченным государственным органом — медико-реабилитационной экспертной комиссией (МРЭК). Соответственно, по смыслу белорусского законодательства, действие КПИ распространяется только на тех лиц с психическими заболеваниями, которым официально присвоена инвалидность. Их доля в общем количестве лиц с психическими заболеваниями представляется очень небольшой. Найти конкретные цифры в открытом доступе автору не удалось.

При этом в основополагающем нормативно-правовом акте, регулирующем сферу психического здоровья в Республике Беларусь, — Законе Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи» вообще не упоминаются люди с инвалидностью. Речь там идет только о пациенте — это лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), лицо, совершающее действия, дающие основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания), лицо, обратившееся за оказанием психиатрической помощи, лицо, получающее психиатрическую помощь (ст. 1 Закона).

Несмотря на введение в белорусское законодательство такого обновленного понятия, квалификация человека в качестве инвалида по-прежнему имеет односторонний медицинский характер. Согласно п. 5 Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья, утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 25.10.2007 г. № 97, условиями признания гражданина инвалидом являются:

- нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничения жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

- необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Прямой связи между определением инвалида и данными условиями не прослеживается. В данном документе определены принципиально другие характеристики инвалидности, нежели те, что представлены в КПИ, их можно назвать лишь только частично перекликающимися.

Несмотря на принятие определения «инвалид», соответствующего Конвенции, использование этого термина остается проблематичным ввиду сохранения определения «инвалидность» по основанию ограничений жизнедеятельности. При этом сохраняются в Гражданском кодексе архаичные определения «слабоумие» и «душевная болезнь». В течение последних десяти лет белорусское право хаотично пополняется произвольными определениями лиц с инвалидностью: «лица с особенностями психофизического развития», «лица с ограниченными возможностями» и т. п., что по существу относится к буквальному определению, данному в Конвенции, — «people with disabilities» — буквально «люди с инвалидностью»*.

Элементы действующей в Беларуси системы признания гражданина недееспособным находятся в противоречии с принципами и нормами КПИ. Данная система также имеет в основе медицинскую природу, когда само по себе наличие у гражданина психического расстройства (душевной болезни или слабоумия) напрямую увязывается с отсутствием у него возможности жить самостоятельно, самому принимать все решения в своей жизни, т. е. подлежащему лишению статуса полноценного человека — признания недееспособным, и на этом основании обретающему опекуна, отныне принимающего за него все важные решения. С одной стороны, этот социально-правовой институт призван защитить права и законные интересы гражданина, с другой — может быть инструментом для их нарушения. Также необходимо заметить, что сам гражданин, лишенный дееспособности, не имеет возможности инициировать вопрос о признании дееспособности. Согласно ст. 4 Закона «Об обращениях граждан», письменные и электронные обращения от имени недееспособных граждан подаются

* Нулевой отчет об исполнении Конвенции о правах инвалидов (Минск, 2016). П. 1.

их законными представителями — родителями и (или) опекунами. Устные обращения недееспособных граждан излагаются на личном приеме их законными представителями.

В международной практике уже давно и четко прослеживается тенденция отказа от медицинской модели недееспособности и перехода к минимальному ограничению прав гражданина при максимальном обеспечении автономии личности. Общий подход к осуществлению прав и свобод лицами, которые страдают психическими расстройствами, сформулированный в ряде международных актов, предполагает, что такие лица должны иметь возможность осуществлять все гражданские и политические права, а ограничения этих прав допускаются строго в соответствии с Конвенцией о защите прав человека и основных свобод и не могут основываться на одном лишь факте наличия у лица психического заболевания. То есть речь идет о максимальном сохранении дееспособности человека, а также о том, что любая мера защиты должна быть пропорциональна степени дееспособности и определенным образом подстроена под индивидуальные обстоятельства и потребности человека.

Большая часть компетенции при решении вопроса об ограничении личной автономии или полном замещении в принятии решения самим лицом отводится суду. Полагаем, что решения судов в будущем станут более расширенными, отвечающими на вопросы о личном участии в принятии решений лицом в конкретных сферах гражданских отношений. Но традиционно суды принимают решения исключительно на основании экспертного заключения, несмотря на то, что ни одно доказательство не имеет заранее установленной силы, и несложно предугадать, каким будет решение, если экспертное заключение не может адекватно ответить на вопросы о том, каким образом и в каком объеме лицо может осуществлять свою праводееспособность.*

Еще одним из принципов КПИ выступает недискриминация. Следует заметить, что оно недостаточно часто встречается и недостаточно детально раскрывается в белорусском законодательстве. В частности, оно полностью отсутствует в Законе Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помо-

* Личная автономия как основа правового регулирования мер защиты людей, имеющих нарушения психического здоровья, в свете Конвенции ООН о правах инвалидов (Перепада С.М., Ризк О.А., Минина А.А.) <http://отрасли-права.рф/article/18707>

щи». В Законе Республики Беларусь от 23.07.2008 г. «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» это понятие опосредованно встречается только в ст. 24, где указано, что при проведении реабилитации инвалиды имеют право на, в том числе, равное, уважительное и недискриминационное отношение к себе со стороны лиц, участвующих в проведении реабилитации. В Законе Республики Беларусь от 11.11.1991 г. «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» в ст. 4 указано, что одним из принципов государственной политики Республики Беларусь в области социальной защиты инвалидов является запрещение дискриминации по признаку инвалидности, но определения этого понятия нигде в законодательстве не содержится.

Таким образом, в законодательстве закреплён запрет дискриминации по признаку инвалидности. Тем не менее, целесообразно на законодательном уровне закрепление не только «принципа недискриминации по признаку инвалидности», но и четкого императивного запрета данного вида дискриминации для широкого круга субъектов, а также формулировки определения «дискриминация по признаку инвалидности».*

Люди с психическими и поведенческими расстройствами (нарушениями) являются самой уязвимой категорией людей с инвалидностью. Ввиду наличия заболевания они ограничены в ряде прав и возможностей, например оказание социальных услуг на дому** (социального работника) доступно лишь в случае отсутствия медицинских противопоказаний; для них недоступно санаторно-курортное оздоровление*** (также не предусмотрена альтернативная компенсация); зачастую из-за отсутствия родственников, доступных вспомогательных услуг на дому они вынуждены проживать в определенных жилищных условиях (интернаты), что непременно ведет к их изоляции и сегрегации от местного сообщества.

* Национальный доклад о положении инвалидов в Республике Беларусь, п. 75 http://www.disright.org/sites/default/files/source/07.10.2012/file_name187.doc

** Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 января 2013 г. № 3/4.

*** Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 марта 2008 г. № 53 «Об утверждении Перечня медицинских противопоказаний к оздоровлению».

Действующим национальным законодательством предусмотрено ограничение доступа для людей с инвалидностью 1-й и 2-й групп быть усыновителями, приемными родителями, родителями-воспитателями детского дома семейного типа, детской деревни (городка), опекунами и попечителями. Расширительный характер списка запретов в виде формулировки «болезни, не вошедшие в настоящий перечень и приведшие к инвалидности 1-й или 2-й группы», на практике приводит к ограничению в праве на свободное и ответственное решение относительно детей всех граждан с 1-й и 2-й группой инвалидности.* Исходя из действующих норм оценка заболевания, приведшего к инвалидности, абсолютно не проводится, равно как и не определяется способность человека к выполнению новых для него функций. Таким образом, при решении вопроса об опеке/усыновлении индивидуальный подход совершенно отсутствует — при принятии решения акцентируется внимание не на самом человеке как личности с присущими ему характеристиками, способностями и ограничения, а лишь на его статусе «инвалидности».

Также в законодательстве существуют ограничения возможности граждан с инвалидностью быть родителями в принципе, что также расходится с положениями КПИ. Речь идет, в частности, о нормах Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.03.2010 г. № 36, которым утвержден перечень заболеваний, при которых родители не могут выполнять родительские обязанности. В него, в том числе, среди других заболеваний внесены психические расстройства и расстройства поведения. Согласно п. 2 ст. 93 Кодекса о браке и семье Республики Беларусь, невозможность выполнения родительских обязанностей по состоянию здоровья устанавливается на основании заключения врачебно-консультационной комиссии, выдаваемого государственной организацией здравоохранения. Таким образом, и в данном случае опять же прослеживается медицинский характер нормативного регулирования этого вопроса. Организация здравоохранения, исходя из своей компетенции и функционала, может фиксировать только сам факт наличия у родителя определенного заболевания,

* Нулевой отчет об исполнении Конвенции о правах инвалидов (Минск, 2016). П. 15.

который является основанием для признания ребенка нуждающимся в государственной защите и последующего отобрания без лишения родительских прав. Сама возможность выполнения родительских обязанностей никак не исследуется и не принимается соответствующими государственными органами во внимание.

Согласно КПИ, государства-участники подтверждают, что каждый инвалид, где бы он ни находился, имеет право на равную правовую защиту. Также государства-участники признают, что инвалиды обладают правоспособностью наравне с другими во всех аспектах жизни и принимают надлежащие меры для предоставления инвалидам доступа к поддержке, которая может им потребоваться при реализации своей правоспособности. Кроме этого, государства-участники обеспечивают инвалидам наравне с другими эффективный доступ к правосудию.

В контексте оказания психиатрической помощи, пациент, согласно Закону Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи», имеет право на обжалование действий (бездействия) должностных лиц организаций здравоохранения. При этом конкретного порядка такого обжалования в законодательстве не предусмотрено. Предполагается, что пациент воспользуется стандартным порядком обжалования действий государственных органов и их служащих. Такая ситуация приводит к дополнительной закрытости психиатрических учреждений и усугублению неинформированности пациентов.

Также можно сказать, что механизм принудительного психиатрического освидетельствования, госпитализации и лечения, предусмотренный белорусским законодательством, находится в противоречии с положениями КПИ, в частности, теми, которые касаются регулирования права на равенство перед законом, личную целостность, свободу от пыток, насилия, эксплуатации и надругательств.

Люди с умственными особенностями иногда не имеют стойкого критического мышления, в результате к ним легко входить в доверие и использовать в корыстных целях.

Отсутствие специалистов (персональных ассистентов) по сопровождению данной категории людей и защите их интересов делает невозможным защиту от эксплуатации, насилия и жестокого обращения со стороны окружающих. В стране

не реализуются специальные программы по обучению людей с умственными особенностями самозащите от насилия и посягательств, за исключением отдельных программ от НПО.*

Согласно КПИ, государства-участники признают права инвалидов на свободу передвижения, на свободу выбора места жительства и на гражданство наравне с другими. В Беларуси в настоящий момент у инвалидов очень ограниченный перечень вариантов выбора места проживания. Целесообразно перенять международный опыт, чтобы рассмотреть внедрение в Беларуси таких моделей, как социально-психиатрические центры и др.

Анализ положений законодательства, направленных на абилитацию и реабилитацию, позволяет сделать вывод о необходимости повышения роли социального и профессионального разделов индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Так, представляются целесообразными разработка четких критериев эффективности социальной реабилитации, в основе и конечной целью которых будет изменение уровня социальной адаптации человека как личности, а не только восстановление нарушенных физических, сенсорных, психологических и др. функций; разработка модели конечных результатов отдельных фаз реабилитации, а также четкие критерии их завершения, что позволит нацелить реабилитацию конкретного инвалида на конкретный результат, а не бесконечно растянутый во времени процесс; реформирование подходов к экспертизе ограничений жизнедеятельности, предусматривающее определение медико-социальных последствий основного и сопутствующих заболеваний, постановку социального диагноза с четким определением резервных возможностей человека и мер компенсации его дефектов здоровья.

Данные меры позволят повысить эффективность комплексной реабилитации инвалидов, в частности, понимание специалистами, задействованными в процессе социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, самой сущности инвалидности, определить основную цель реабилитации — социальную реабилитацию инвалидов.**

* Нулевой отчет об исполнении Конвенции о правах инвалидов (Минск, 2016). П. 90.

** Национальный доклад о положении инвалидов в Республике Беларусь, п. 302–303. http://www.disright.org/sites/default/files/source/07.10.2012/file_name187.doc

Отдельно стоит отметить трудовую реабилитацию людей с инвалидностью в условиях интернатных учреждений. Для лиц, проживающих в психоневрологических интернатах и лишенных деятельности, в ряде ситуаций участие в трудовой реабилитации тождественно осуществлению занятости, приносящей конкретные продукты труда (например, в виде услуг). При этом возникают значительные вопросы добровольного принятия решения о выполнении тех или иных обязанностей, по сути являющихся трудом. При такой ситуации всегда остается неразрешенным вопрос принудительности труда в нарушение прав человека. *

Дискуссионными вопросами в трудовом праве являются, в том числе, льготы для людей с инвалидностью в трудовом законодательстве. Проблема в том, насколько, допустим, такие меры, как сокращенная рабочая неделя, запрещение работы по совместительству и др., на самом деле защищают людей с инвалидностью и способствуют их равенству и недискриминации.

Сегодня органом, действия которого лежат в основе мер по профессиональной реабилитации и трудоустройству людей с ограниченными возможностями, является МРЭК. Специалисты МРЭК устанавливают группу инвалидности и выносят медицинское заключение, на основе которого составляется индивидуальная программа реабилитации (ИПР), обязательная для выполнения. Один из разделов ИПР касается профессиональной реабилитации. ИПР определяет те виды деятельности, которыми противопоказано заниматься, а также рекомендации по трудовой реабилитации. При этом в первую очередь принимается во внимание состояние здоровья пациента, а не ситуация на рынке труда. Сотрудники МРЭК в своих рекомендациях по трудоустройству зачастую опираются на архаичный список профессий, требующий обновления. Таким образом, лицам с ограниченными возможностями могут быть рекомендованы виды деятельности, по которым нет или недостаточно вакансий в регионах их проживания. **

Согласно ст. 33 КПИ, государства-участники в соответствии со своим правовым и административным устройством

* Нулевой отчет об исполнении Конвенции о правах инвалидов (Минск, 2016). П. 189.

** Национальный доклад о положении инвалидов в Республике Беларусь, п. 286.

поддерживают, укрепляют, назначают или учреждают у себя структуру, включающую, где это уместно, один или несколько независимых механизмов для поощрения, защиты и мониторинга осуществления настоящей Конвенции. При назначении или учреждении такого механизма государства-участники принимают во внимание принципы, касающиеся статуса и функционирования национальных учреждений, занимающихся защитой и поощрением прав человека. До сих пор в Беларуси такого органа не существовало. Будем надеяться, что такой орган будет создан в ближайшее время и его деятельность будет действительно эффективной и полезной.

В данной статье рассмотрены лишь некоторые аспекты имплементации КПИ в Республике Беларусь. Государству, НГО и всем заинтересованным лицам предстоит еще много работы на пути по защите и обеспечению реализации людьми с инвалидностью всех прав и свобод человека.

Создание системы социальной поддержки лиц с психическими заболеваниями в Республике Беларусь

*Каратерзи В. А.,
старший преподаватель кафедры прикладной психологии
Витебский государственный университет им. П.М. Машерова*

Охрана здоровья, обеспечение достойного уровня жизни является законным правом любого человека, в том числе с особенностями здоровья. Это в особенной степени относится к людям с психическими заболеваниями, поскольку такого рода особенности, как никакие другие, нарушают процесс социализации, полноценного общения человека и его включенности в жизнь общества. Изменение психического состояния нарушает связи человека на личностном уровне, с ближайшим социальным окружением, а также с обществом в целом. Такая «десоциализация» носит двусторонний характер, нанося ущерб не только самому больному, его ближайшему окружению, но и ложась дополнительным бременем на государство.

Осознание сложности и значимости этой проблемы уже представлено в зарубежном опыте, включая работы наших ближайших соседей. Так, например, в России осуществляются исследования финансовых издержек на работу с лицами с психическими заболеваниями (в частности шизофрении) с позиций самого больного, его родных и близких, медицинских и социальных учреждений и общества в целом [4; 5].

Кроме прямых (медицинских) затрат в проводимых исследованиях выделяются и не прямые (социальные) издержки, такие как «социальные потери государства (неполученный душевой валовой внутренний продукт (ВВП)), работодателя или семьи больного в связи с временной или постоянной нетрудоспособностью (безработица, инвалидность) последнего или его преждевременной (насильственной, обычно в связи с суицидом, или «естественной») смертностью в трудоспособном возрасте. К социальным издержкам относят и потерянный доход государства и/или семьи в связи с опекой больного близкими

(непрофессиональная или неформальная помощь), а также такие последствия шизофрении как бездомность, нагрузка на правоохранительные органы и судебную систему» [4, с. 100].

При этом невозможно отдельно не остановиться на отношении общества к таким людям. Например, как указано в одном из интервью о происшествии, имевшем место в г. Минске: «Узнав о том, что антигерой с топором и бензопилой в минском торговом центре лежал в Новинках, комментаторы на форумах требовали отгородить всех людей с психическими заболеваниями в специальных интернатах-гетто» [2]. В то же время статистика свидетельствует о том, что больные шизофренией в 14 раз чаще становятся жертвами насилия и преступлений, чем сами становятся преступниками [4, с. 100]. Причина такой ситуации заключается, кроме всего прочего, в высоком уровне самостигматизации людей с психическими особенностями: «отношение к пациенту как к полноценной, но просто другой личности, оказывается достаточно неожиданным даже для самих пациентов» [6, с. 43].

Возможность благоприятного прогноза для людей с психическими заболеваниями в очень большой степени зависит от социальной помощи и поддержки больных, поскольку, во-первых, в отличие от больных с соматическими патологиями, психически больные люди асоциальны в том смысле, что система их социальных связей совершенно нарушена и нуждается в отдельной работе и коррекции. Во-вторых, система врачебного медикаментозного лечения такого рода патологий существует и функционирует, в то время как, с одной стороны, изменение политической и экономической ситуации в стране привело к практически полному разрушению существовавшей ранее и функционировавшей системы социальной реабилитации, трудовой терапии. С другой стороны, произошедшие социальные изменения требуют высокого уровня гибкости психики, социальной адаптированности, коммуникативных способностей. В том числе «крайне усложнились процедуры получения документов, расчета и выплаты пенсий и пособий...» [6, с. 40].

В настоящее время в нашей стране отсутствует полноценная система социального сопровождения лиц с психическими заболеваниями. Проблема является особенно актуальной в связи с достаточно большим количеством людей с выявленными психическими заболеваниями и установленным диагнозом. Статистика Министерства здравоохранения РБ приведена ниже (материалы взяты из сборника «Здравоохранение в Республике Беларусь») [1].

Сравнительный анализ категорий лиц с психическими расстройствами (по областям и в целом в Республике Беларусь)

Таблица 1.

**Контингенты пациентов с психическими расстройствами
(без заболеваний, алкогольным психозом, наркоманией и токсикоманией)
в Республике Беларусь на конец 2014–2015 гг. по областям**

Наименование области	Состоит под наблюдением на конец отчетного года в психоневрологической организации									
	Всего			психоз		из них шизофрения		психические расстройства неспецифического характера		умственная отсталость
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Абсолютное число										
г. Минск	19794	19985	11598	12199	4645	4628	5622	5230	2574	2556
Брестская	15505	15264	5638	5594	2800	2858	6270	6096	3597	3574
Витебская	12939	12779	5896	5743	2813	2776	3988	3924	3055	3112
Гомельская	19715	19772	7066	7055	3454	3412	5797	5790	6852	6927
Гродненская	11891	11752	5063	5017	2862	2911	3248	3053	3580	3682
Минская	12399	12222	4785	4880	2390	2390	4162	3921	3452	3421
Могилевская	14796	15907	5711	6164	2472	2750	4160	4031	4925	5712
Республика Беларусь	107039	107681	11598	46652	21436	21725	33247	32045	28035	28984
На 100 тыс. населения										
г. Минск	1021,2	1019,8	598,4	622,5	239,6	236,1	290,0	266,9	132,8	130,4
Брестская	1116,3	1070,6	405,9	403,3	201,6	206,1	451,4	439,5	259,0	257,7
Витебская	1079,6	1070,6	491,9	481,2	234,7	232,6	332,7	328,8	254,9	260,7
Гомельская	1384,5	1389,5	496,2	495,8	242,6	239,8	407,1	406,9	481,2	486,8
Гродненская	1129,7	1119,1	481,0	477,8	271,9	277,2	308,6	290,7	340,1	350,6
Минская	880,7	862,3	339,9	344,3	169,8	168,6	295,6	276,6	245,2	241,4
Могилевская	1381,9	1489,9	533,4	577,3	230,9	257,6	388,5	377,6	460,0	235,0
Республика Беларусь	1129,0	1133,7	482,6	491,2	226,1	228,7	350,7	337,4	295,7	305,1

Таблица 2.
Динамика впервые выявленных лиц с установленным диагнозом

Число пациентов с психическими расстройствами с впервые в жизни установленным диагнозом
(без алкогольного психоза, алкоголизма, наркомании и токсикомании)
подлежащих обязательному диспансерному наблюдению в организациях Минздрава Республики Беларусь,
оказывающих медицинскую помощь населению в 2014–2015 гг. по областям*

Наименование области	Всего					В т. ч.									
						психоз		из них шизофрения		психические расстройства непсихотического характера		умственная отсталость *			
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015			
	Абсолютное число														
г. Минск	4231	3908	2133	2314	193	214	1853	1452	245	142					
Брестская	2884	2789	673	682	134	110	1892	1792	319	3574					
Витебская	1568	1869	732	671	136	185	568	759	268	439					
Гомельская	3398	3153	841	679	213	156	1656	1631	901	843					
Гродненская	1533	1461	404	427	94	90	840	778	289	256					
Минская	1859	1468	624	506	141	130	840	670	395	292					
Могилевская	1869	3423	567	1046	104	490	951	1033	351	1344					
Республика Беларусь	17342	18071	5974	6325	1015	1375	8600	8115	2768	3631					
	На 100 тыс. населения														
г. Минск	219,2	200,5	110,5	118,7	10,0	11,0	96,0	74,5	12,7	7,3					
Брестская	207,7	200,9	48,5	49,1	9,6	7,9	136,2	129,1	23,0	22,7					
Витебская	130,6	156,3	61,0	56,1	11,3	15,5	47,3	63,5	22,3	36,7					
Гомельская	238,5	221,5	59,0	47,7	15,0	11,0	116,2	114,6	63,2	59,2					
Гродненская	145,5	139,0	38,3	40,6	8,9	8,6	79,7	74,0	27,4	24,3					
Минская	132,3	103,9	44,4	35,8	10,0	9,2	59,8	47,4	28,1	20,7					
Могилевская	174,4	320,2	52,9	97,8	9,7	45,8	88,7	96,6	32,8	125,7					
Республика Беларусь	183,0	190,4	63,0	66,7	10,7	14,5	90,8	85,5	29,2	38,3					

* Включая все ведомства.

Таблица 3.

Сравнительный анализ наличия лиц, подлежащих обязательному диспансерному наблюдению в психоневрологических учреждениях, с установленными психическими расстройствами (в целом в Республике Беларусь)

**Число пациентов с психическими расстройствами
(без алкогольного психоза, алкоголизма, наркомании и токсикомании)
подлежащих обязательному диспансерному наблюдению в организациях Минздрава Республики Беларусь,
оказывающих медицинскую помощь населению**

Год	Всего		психоз		из них шизофрения		психические расстройства непсихотического характера		умственная отсталость	
	абсолютное число	на 100 тыс. населения	абсолютное число	на 100 тыс. населения	абсолютное число	на 100 тыс. населения	абсолютное число	на 100 тыс. населения	абсолютное число	на 100 тыс. населения
2000	13045	130,4	3638	36,4	1305	13,0	7072	70,7	2335	23,3
2005	16655	170,4	4266	43,6	1217	12,4	9267	94,8	3122	31,9
2006	14139	145,3	4132	42,5	1119	11,5	7696	79,1	2311	23,7
2007	12266	126,4	3965	40,6	1008	10,4	6131	63,2	2170	22,4
2008	11410	117,9	4006	41,4	983	10,2	5363	55,4	2041	21,1
2009	12109	127,4	4258	44,8	1088	11,4	5866	61,7	1985	20,9
2010*	12948	136,4	4295	45,3	959	10,1	6578	69,3	2075	21,9
2011	15692	165,7	4565	48,2	1085	11,4	8578	90,6	2549	26,9
2012	16903	178,6	5474	57,8	1023	10,8	8651	91,4	2778	29,4
2013	18297	193,3	5756	60,8	1007	10,6	9936	105,0	2605	27,5
2014	17342	183,0	5974	63,0	1015	10,7	8600	90,8	2768	29,2
2015	18071	190,4	6325	66,7	1375	14,5	8115	85,5	3631	38,3

* С 2010 г. все ведомства.

Как показывает анализ данных, представленных в таблицах, число лиц с шизофренией возрастает с течением времени. Это, с одной стороны, может свидетельствовать о более точной диагностике со стороны врачей, с другой стороны, в значительной степени актуализирует необходимость оказания немедицинской поддержки и помощи в социализации таких людей. Ситуация осложняется тем, что в 2015 г. в силу вступили изменения законодательства, согласно которым психические заболевания не являются прямым противопоказанием для обслуживания в отделениях дневного пребывания для инвалидов в ТЦСОН. Следовательно, формально ТЦСОН оказывают реабилитационные услуги для лиц с психическими заболеваниями и нет возможности формировать государственный социальный заказ на эту услугу в связи с установкой на недублирование уже оказываемых услуг. На практике отделения дневного пребывания инвалидов не имеют достаточно ресурсов и не владеют реабилитационными технологиями для оказания эффективных реабилитационных услуг лицам с психическими заболеваниями. Все вышеизложенное диктует необходимость проведения комплексных практико-ориентированных исследований, создания системы работы и развития схемы реабилитации людей с психическими особенностями с целью их эффективной социализации и рационального расходования средств на реабилитацию и сопровождение данной категории лиц.

Исследование проблемы ресоциализации (перестройки системы социальных связей психически больных людей с учетом специфики их состояния и компенсаторных возможностей) показывает, что в организации психиатрической помощи необходимо обратить внимание на тот потенциал реабилитации, который заключен в обеспечении социальной помощи и поддержки больных, защите их социальных прав, восстановлении способности жить и быть полноценно представленным в обществе [6, с. 40]. Задача эта приобретает особую значимость в той связи, что после выписки из стационара больные, фактически, оказываются предоставлены самим себе, что, с учетом уже упомянутого выше нарушения системы социальных связей, как правило, ведет к усугублению имеющейся патологии.

Построение системы социальной работы в данном направлении, на наш взгляд, должно учитывать следующие возможности.

1. Развитие альтернативных форм психосоциальной работы. Такие начинания уже имеются в Беларуси. Наиболее ярким примером является Клубный дом — социальная служба для людей с психическими заболеваниями, модель которой описана в Международных стандартах Клубных домов и основывается на организации упорядоченного рабочего дня, уважении прав личности и достоинства каждого человека, соблюдении принципов равенства и взаимной ответственности членов и сотрудников Клубного дома за эффективность процесса реабилитации [3, с. 9].
2. Расширение возможностей трудовой социальной адаптации лиц с психическими заболеваниями. В настоящее время имеет место обратный процесс. Так, последняя редакция Закона Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи» (ст. 14) предусматривает, что с целью содействия повышению образовательного уровня и обеспечения занятости людей с психическими расстройствами (заболеваниями) государство принимает меры по созданию:
 - условий для получения лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями), образования в соответствии с состоянием их здоровья и познавательными возможностями;
 - условий для труда лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);
 - лечебно-производственных организаций для трудовой терапии, обучения новым специальностям (профессиям) и трудоустройства в эти организации лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

В нынешней редакции Закона первые две из перечисленных мер носят общий характер и не содержат указаний на конкретные практические мероприятия. В тоже время ранее действовавшая редакция Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (от 1.07.1999 г. № 274-З) содержала некоторые конкретизированные меры и включала установление обязательной квоты рабочих мест на

предприятиях, в учреждениях, организациях государственной формы собственности для трудоустройства граждан, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), а также применение методов экономического стимулирования предприятий, учреждений, организаций, предоставляющих рабочие места для граждан, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) [3, с. 49].

1. Для обеспечения эффективной работы необходимо проведение междисциплинарных исследований, направленных на оптимизацию работы с исследуемой категорией лиц посредством:

- реструктурирования экономических (финансовых) затрат на основе оценки экономического бремени психических заболеваний;
- создания и развития системы социально-психологического сопровождения и реабилитации лиц с психическими заболеваниями на основе культурной адаптации зарубежного опыта, а также анализа и обобщения опыта белорусских ученых и практиков данного направления работы;
- интеграции и преемственности в деятельности служб, осуществляющих работу с лицами с психическими заболеваниями.

Первым этапом исследований в данном направлении может стать совместная работа специалистов (экономистов, врачей, психологов, социальных работников) по расчету экономического бремени психических заболеваний. Опыт подобных исследований, а, следовательно, и модель расчета уже существует в Российской Федерации. Группой ученых Московского научно-исследовательского института психиатрии и ФГБУ «Научного центра психического здоровья» РАМН под руководством профессора Е. Б. Любова был осуществлен анализ экономического бремени шизофрении. При этом «медицинские и социальные затраты и потери подсчитаны на уровне РФ ... данные о суммарном бремени расстройства делятся на всех зарегистрированных и/или охваченных лечением пациентов» [5, с. 36]. Медицинские (прямые) издержки включали в себя расчет затрат на оказание специализированной помощи: лечение в психиатрической больнице и дневном стационаре, амбулаторные посещения психиатра

и амбулаторную психофармакотерапию. Были также учтены затраты в связи с вызовом бригады скорой психиатрической помощи [5, с. 36].

Социальные издержки включали два компонента:

- 1) затраты государства в виде социальной поддержки (реальные выплаты и льготы, обеспечиваемые бюджетом) больного при его временной или длительной нетрудоспособности;
- 2) потери ВВП, а также снижение доходов и сборов консолидированного бюджета Российской Федерации и доходов пациента (в размере средней начисленной зарплаты), доходов домохозяйств и налоговых сборов, определяющих социальное бремя шизофрении в России, а также потери больного в связи с его инвалидностью или временной нетрудоспособностью, преждевременной смертью в трудоспособном возрасте, с безработицей [5, с. 36].

Как показали проведенные в России исследования, «за истекшее десятилетие при похожих моделях реализации психиатрических услуг и фармакотерапии отмечается снижение охвата больных амбулаторным лечением и наблюдением (с 60 до 50 %). Авторами отмечен 2-, 3-кратный рост затрат на типовые психиатрические услуги, в частности, на больничную помощь, в этой связи произошел многократный рост медицинских издержек при фактически неизменных относительных затратах на лечение как доли ВВП» [5, с. 40].

Этот и многие другие результаты оценки экономического бремени психических заболеваний подчеркивают особую актуальность и необходимость внимания государства к проведению соответствующих исследований и организации альтернативных современных форм социального сопровождения и работы с лицами с психической патологией.

Список использованных источников

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. Минск : ГУ РНМБ, 2016. 281 с.

2. «Мы тут все уже на грани». Как в Минске спасают людей с психическими заболеваниями. Интервью с директором общественной организации «Клубный дом» [Электронный ресурс]. 2016. Режим доступа: <http://imenamag.by/liudi-na-grani>. Дата доступа: 10.01.2017.

3. Клубный дом — модель социальной службы для людей с психическими заболеваниями: Информационное пособие. / Общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников». Минск : И. П. Логвинов, 2013. 156 с.

4. Любов, Е. Б. Социально-экономическое бремя шизофрении / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 2. С. 100—108.

5. Любов, Е. Б. Экономическое бремя шизофрении в России / Е. Б. Любов (и др.) // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 3. С. 36—42.

6. Социальная реабилитация психически больных [Электронный ресурс]. 2016. Режим доступа: <https://goo.gl/NvSULf>. Дата доступа: 10.01.2017.

Систематический обзор результатов исследований модели социально-психологической реабилитации «Клубный дом»

*Рыбчинская О. А.,
директор Минского Клубного Дома
«Открытая душа»*

Модель социально-психологической реабилитации «Клубный дом» существует уже более 65 лет, широко распространена в мире и оказывает положительное влияние на тысячи людей с серьезными психическими заболеваниями. До образования первого Клубного дома, группа пациентов, выписанных из Государственной больницы Рокленда, сформировала группу самопомощи We Are Not Alone (WANA), чтобы предложить друг другу поддержку. В 1948 г. WANA была реорганизована в социальный клуб «Фонтан хаус». «Фонтан хаус» начал включать в свою деятельность аспекты современной модели Клубного дома, такие как ориентация на упорядоченный рабочий день, с 1955 г. с приходом Джона Берда.

«Фонта хаус» был единственным Клубным домом, пока в 1977 году Национальный институт психического здоровья США не финансировал Национальную обучающую программу Клубных домов. Сегодня 326 Клубных домов, расположены в 33 странах; 36 американских Клубных домов состоят в Clubhouse International.

Реабилитационная модель «Клубный дом»

Клубный дом (КД) — специально созданное, неклиническое, интегрированное терапевтическое рабочее сообщество, состоящее из совершеннолетних людей с серьезными психическими заболеваниями и сотрудников, которые активно вовлечены во все сферы деятельности Клубного дома. Членство в Клубном доме доступно любому человеку с историей психического забочений. Быть членом Клубного дома означает быть

важной частью сообщества, иметь равные права и равную ответственность за успех Клубного дома.

Клубный дом делает упор на сильные стороны человека, подчеркивает важность командной работы, предоставляет возможность участникам способствовать ежедневной деятельности Клубного дома в течение Упорядоченного рабочего дня, когда члены и сотрудники работают бок о бок как коллеги для управления процессами в рабочих группах. Упорядоченный рабочий день подобен рабочему дню, свойственному любому другому трудовому коллективу в местном сообществе. Клубный дом стремится помочь членам трудоустроиться, участвовать в образовательном процессе, решить вопросы с жильем, улучшить здоровье или получить доступ к лучшим медицинским услугам, сократить число госпитализаций или связей с системой правосудия, развить социальные связи, повысить качество жизни и уровень удовлетворенности.

Базовые принципы модели «Клубный дом» включают веру в то, что каждый человек обладает сильными качествами для преодоления последствий психического заболевания, достаточными для ведения лично удовлетворяющей жизни, и веру в укрепляющую силу работы и рабочих взаимоотношений. Фундаментальными элементами модели «Клубный дом» являются: право на членство и значимые отношения, потребность быть нужным, право на выбор вида трудовой деятельности и сотрудника для взаимодействия, пожизненное право на возвращение и доступ ко всем услугам Клубного дома. Ключевым компонентом модели является содействие занятости на общем уровне оплаты труда в более широком сообществе через Промежуточное трудоустройство (TE), Поддерживаемое трудоустройство (SE), Независимое трудоустройство (IE). Каждый тип занятости соответствует государственному определению конкурентной занятости, каждая рабочая позиция относится к востребованным на рынке труда и гарантирует, по крайней мере, минимальную заработную плату. Работа при Промежуточном трудоустройстве ограничена во времени с возможностью работать 6–9 месяцев. Клубный дом развивает и поддерживает отношения с работодателем, обеспечивает обучение и поддержку на рабочем месте, а также подмену сотрудником или членом Клубного дома работника в случае его отсутствия. Рабочие места Промежуточного

трудоустройства «принадлежат» Клубному дому и члены могут трудоустраиваться на эти места по мере необходимости.

Поддерживаемое трудоустройство не ограничено во времени, может быть как полным, так и частичным. Клубный дом оказывает поддержку, как на рабочем месте, так и за его пределами по запросу члена КД. Несмотря на то, что у Клубного дома есть контакт с работодателем, рабочие места не принадлежат Клубному дому и есть момент конкуренции при собеседовании.

Независимое трудоустройство отличается от Поддерживаемого отсутствием формальных отношений между работодателем и Клубным домом и отсутствием поддержки на рабочем месте. Члены, участвующие в Независимом трудоустройстве, должны пройти полностью конкурентное собеседование.

Большинство Клубных домов предлагает Программы поддерживаемого образования (SEd), стандарты Клубных домов требуют, чтобы Клубные дома помогали членам «в продвижении к их профессиональным и образовательным целям, помогая им использовать в своих интересах возможности обучения взрослых в сообществе». Поддерживаемое образование обычно включает консультирование, информирование или наставничество, репетиторство, групповую поддержку.

Дополнительными компонентами модели являются организация досуга, принятие решений и управление. Клубные дома также оказывают и другие виды помощи: помощь в защите прав, продвижение ЗОЖ, содействие в поиске качественной медицинской, психологической, фармакологической помощи.

Членство в международных организациях, аккредитация и стандарты

Клубный дом, решивший присоединиться к международной сети Клубных домов, платит членский взнос и становится членом Clubhouse International (ранее ICCD). Clubhouse International наблюдает за соблюдением ряда строгих стандартов качества (Международные стандарты Клубных домов), которые являются своего рода инструкциями и лежат в основе процесса аккредитации. Все Клубные дома, связанные с Clubhouse International, стремятся соответствовать Международным стандартам Клубных домов и направляют команду, состоящую из

членов и сотрудников КД, на прохождение обучения на одну из тренинговых баз. Международные стандарты Клубных домов разработаны в 1989 г. в ответ на потребность в гарантии качества и распространении информации, а также для того, чтобы сформулировать, что собой представляет Клубный дом. Стандарты определяют и укрепляют ценности и практическую деятельность Клубных домов. Международные стандарты включают восемь разделов: членство, отношения, организация пространства, упорядоченный рабочий день, занятость, образование, финансирование, управление и администрация.

Аккредитация Клубного дома является знаком качества и демонстрацией обязательства следовать Международным стандартам Клубных домов. Приблизительно половина Клубных домов, членов Clubhouse International, успешно прошли аккредитацию.

Существуют две методики оценки работы Клубного дома, описанные в литературе: Clubhouse Fidelity Index (CFI) и Clubhouse Research and Evaluation Screening Survey (CRESS). CRESS является инструментом, разработанным для измерения соответствия деятельности КД Международным стандартам, готовности к аккредитации и эффективности модели. CRESS подтверждает, есть ли у Клубного дома допустимый уровень соответствия Международным стандартам. CFI — краткий инструмент, который оценивает степень включения стандартов в работу Клубного дома и ранжирует реабилитационную программу по трем уровням в зависимости от соответствия стандартам.

Фокус этих методов направлен на Клубные дома, члены Clubhouse International, поскольку существуют социальные службы, использующие название «Клубный дом», несмотря на то, что они не могут придерживаться Международных стандартов или принадлежать к модели «Клубный дом».

Системный сбор данных

Клубные дома отслеживают результаты своей работы с помощью Clubhouse Profile Questionnaire (CPQ). CPQ — электронная база данных, которая собирает информацию относительно методов, характеристик, проблем и результатов работы программ Клубного дома. Области данных, адресуемые в CPQ, включают: финансирование, управление и администрирование, членство, укомплектование персоналом, структуру рабочих групп, заня-

тость, помещение, предоставляемые услуги, участие в тренинговых программах КД и научных исследованиях.

Несмотря на долголетие модели, немногочисленные литературные обзоры включают лишь исследования, описывающие эффективность модели Клубного дома или результаты членства в Клубном доме. Эти обзоры ограничены исследованиями результатов трудоустройства, исключая остальные виды занятости в Клубном доме. Ни одни из них не исследовали объем существующих данных о модели «Клубный дом» во всем диапазоне результатов, полученных в научно-исследовательских проектах, включая квазиэкспериментальные исследования, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) и наблюдательные исследования.

Методы

Цель этого обзора — воспользоваться существующими исследованиями, чтобы обеспечить полное понимание того, что известно о модели «Клубный дом», выявить и обобщить лучшие имеющиеся доказательства, а также определить области, которые требуют дальнейшего изучения. Мы проанализировали шесть областей: (1) занятость, включая TE, SE, и IE, (2) госпитализация / рецидивизм, (3) качество жизни / удовлетворенность, (4) социальные отношения, (5) образование, и (6) мероприятия по укреплению здоровья. Эти шесть областей были выбраны, поскольку по ним имеются публикации, они представляют собой наиболее часто встречающихся области, где есть количественные результаты, они отражают основные цели модели «Клубный дом». Каждая из этих областей описывается ниже. Отсутствуют публикации о влиянии Клубного дома на другие области: например, нам не удалось найти опубликованных данных о программе поддержки жилья, реализуемой многими клубными домами.

Поисковые запросы были сделаны за период с 1948 до 2015 гг., через поисковые системы PubMed, Google Scholar, OVID, EBSCO с использованием ключевых слов «Клубный дом», «Фонтан хаус», «Промежуточное трудоустройство», «психическое здоровье» или «психические заболевания». Авторы также рассмотрели публикации из Справочной библиотеки Клубных домов. Библиотека доступна на веб-сайте Clubhouse International и включает в себя список ссылок на опубликованные рукописи, диссертации, и дру-

гую литературу о модели «Клубный дом». Этот обзор включает научные публикации, докторские диссертации, а также правительственные отчеты. Такой подход соответствует практике нескольких систем классификации фактических данных, включая Кокрейновское сотрудничество, Руководство по общественным профилактическим услугам, Campbell Systematic Reviews.

Критерии включения и исключения

Нашими критериями включения стало подтверждение того, что описанная в публикации реабилитационная модель действует как Клубный дом (приверженность Стандартам, пройденная аккредитация), что исследование проводилось с использованием строгих научных методов и описывало результаты хотя бы в одной из областей.

Начальный поиск привел к более чем двумстам пятидесяти статьям. Однако многие из этих публикаций были описаниями модели «Клубный дом», личными историями, описывающими опыт членства в КД или отзывами экспертов. Несмотря на то, что эти публикации полезны и информативны, поскольку они обеспечивают некоторые основы для исследования модели «Клубный дом», мы исключили их из обзора в связи со строгим ограничением данных, используемых в научных исследованиях.

Окончательная выборка, состоящая из 54 научных публикаций, включила результаты исследований по шести областям: работа и /или трудоустройство (29 публикаций), качество жизни и удовлетворенность (10), социальные отношения (10), образование (3), мероприятия по укреплению здоровья (2). В некоторых случаях отдельные документы или публикации, представили доказательства в нескольких областях (9 публикаций).

Результаты

Результаты по каждой области представлены в порядке от данных РКИ к данным наблюдательных исследований.

Трудоустройство

29 научных публикаций описывают эффективность Программ трудоустройства (в том числе TE, SE, IE), действующих в Клубных домах. Из них 10 статей описывают данные, полученные из РКИ, 19 — данные наблюдательных исследований.

В одном РКИ сравнивали Программу лечения по месту жительства (РАСТ) и Клубный дом в рамках исследования Поддерживаемого трудоустройства, проходившего в период с 1995 по 2000 гг. Критериями отбора для участия в исследовании были возраст старше 18 лет, серьезное психическое расстройство, диагностированное по ДСМ-4, отсутствие тяжелых умственных нарушений, актуальный статус безработного и отсутствие опыта участия в программах Клубный дом и лечения по месту жительства. Выборка соответствовала общепопуляционным характеристикам людей с серьезными психическими заболеваниями. Участники исследования были случайным порядком распределены в Клубный дом и Программу лечения по месту жительства. Обе программы были верны соответствующим реабилитационным моделям и регулярно проверялись на точность на протяжении всего исследования. Несколько отчетов с независимым анализом данных исследования Поддерживаемого трудоустройства описывали результаты, подтверждающие эффективность программы трудоустройства модели «Клубный дом».

Мацеиас (2006) обнаружил большее сохранение активных участников в Программе лечения по месту жительства, чем в Клубном доме за 24 месяца (79 % против 58). Во время исследования не было значимых различий в количестве участников обеих программ, трудоустроившихся на открытом рынке труда, или в количестве рабочих дней на первом трудовом месте, но участники Клубного дома были трудоустроены на большее количество календарных дней, чем участники Программы лечения по месту жительства (264 против 173), проработали значительно больше часов (784 против 592), заработали больше за время проведения исследования и заработали больше за каждый час работы.

Шонебаум и Бойд (2012) проанализировали данные исследования Поддерживаемого трудоустройства о 43 активных членах Клубного дома, трудоустроившихся в ходе исследования на открытом рынке труда, с целью изучения влияния участия в Программе упорядоченного рабочего дня на профессиональные результаты. Они обнаружили, что участие в программе Упорядоченного рабочего дня, предшествовавшее конкурентному трудоустройству, тесно связано с увеличением периода занятости в течение цикла занятости. Часы участия в Упорядоченном рабочем дне до и во время занятости на открытом рынке труда

слабо коррелировали друг с другом. Предшествующая история трудоустройства не была значительно связана с продолжительностью занятости. Не обнаружена связь продуктивной и общей симптоматики психопатологии с продолжительностью занятости, однако более серьезные негативные симптомы выявили значительную связь с большей средней продолжительностью работы ($R(41) = 0,35, p = 0,02$).

В недавних публикациях Голд и соавторы обнаружили большую удовлетворенность услугами у трудоустроенных членов Клубного дома по сравнению с другими участниками программы.

Во вторичном анализе данных исследования Поддерживаемого трудоустройства Джонсен и др. (2004) исследовали параметры процесса трудоустройства: были ли рабочие места государственными резервами для людей с нетрудоспособностью, были ли рабочие места временными или постоянными и принадлежали ли рабочие места клиенту или участнику программы. Они обнаружили, что люди, которые занимают рабочие места, зарезервированные специально для лиц, страдающих психическими расстройствами, но не принадлежащие Программе промежуточного трудоустройства Клубного дома, показали более низкую интеграцию на рабочем месте ($p < 0,0001$), получали более низкую почасовую заработную плату ($p < 0,01$), проработали меньшее количество дней ($p < 0,01$) и часов в неделю ($p < 0,05$). Результаты занятости лиц по Программе промежуточного трудоустройства Клубного дома более похожи на результаты тех, кто занят на незарезервированных или неспециализированных местах, включая лучшую интеграцию на рабочем месте и почасовую оплату, по сравнению с зарезервированными рабочими местами для инвалидов как в модели «Клубный дом», так и в Программе лечения по месту жительства. Поддерживаемое трудоустройство КД показало большее количество дней занятости, в то время как трудоустройство на незарезервированные рабочие места — значительно большее количество рабочих часов в неделю. Лица, трудоустроенные на позиции Программы промежуточного трудоустройства Клубного дома, а также на не временные позиции при поддерживаемом или независимом трудоустройстве, имели более продолжительные периоды занятости по сравнению с лицами, трудоустроенными на постоянные позиции по Программе лечения по месту жительства.

Качество жизни/удовлетворенность

Десять публикаций описывают данные, относящиеся к качеству жизни. Голд и др. (2016) изучили, улучшает ли конкурентная занятость глобальное качество жизни, проанализировав данные РКИ, сравнивавшего аккредитованный Клубный дом и Программу лечения по месту жительства. Они обнаружили, что члены Клубного дома сообщали о большем улучшении глобального качества жизни, в частности, в социальном и финансовом аспектах, а также о повышении самооценки и удовлетворенности услугами по сравнению с участниками Программы лечения по месту жительства, трудоустроенными на открытом рынке труда. Тем не менее, в целом не выявлена связь между глобальным качеством жизни и конкурентоспособной занятостью или продолжительностью работы.

Четыре статьи описывают результаты квазиэкспериментального исследования, пять описывают выводы наблюдательных исследований. Якобс (1999) исследовал удовлетворенность и симптоматику до и после участия в программах Клубного дома. Клубные дома, исследованные Якобсом, не были членами Clubhouse International, однако отправляли своих сотрудников и членов в тренинговые базы Клубных домов. Тридцать человек с серьезными психическими заболеваниями в возрасте от 18 до 60 лет, проживающие в стационарных учреждениях в течение как минимум 12 месяцев были случайным образом выбраны из списков клиентов некоммерческих служб охраны психического здоровья по месту жительства. Пятнадцать человек из стационарных учреждений участвовали в программах Клубного дома как минимум 3 дня в неделю (экспериментальная группа) и пятнадцать человек из стационарных учреждений участвовали 3 раза в неделю в выходах в сообщество (контрольная группа). Все принимали участие в деятельности Клубного дома или выходах в сообщество в течение 6 месяцев. У группы Клубного дома отметились значительное повышение удовлетворенности, по сравнению с контрольной группой ($p = 0,0214$). Авторы не предоставили деталей, раскрывающих, что предлагают традиционные стационарные подходы, которые имели место во время проведения выходов в сообщество — были ли исключены такие выходы. Несмотря на ограничения, включающие малую выборку и короткие сроки, исследования

Якобса говорят о позитивном влиянии Клубного дома на общую удовлетворенность.

Моубрей и др. (2009) исследовали характеристики более чем 1800 пользователей услуг 31 эквивалентной пары Общедоступных центров, организованных потребителями услуг (например, группы самопомощи) и Клубных домов. Общедоступные центры, организованные потребителями посещает значительно больший процент мужчин по сравнению с Клубными домами; потребители с диагнозом шизофрении чаще встречаются в Клубных домах. Члены Клубного дома чаще демонстрировали более высокое качество жизни ($p = 0,048$) и чаще сообщали о том, что находятся в процессе восстановления ($p = 0,004$).

Данные множества исследований (Якобс, 1999; Моубрей, 2009; Голд, 2016) говорят о том, что Клубные дома могут оказывать позитивное влияние на уровень удовлетворенности и качество жизни. Однако эти исследования имеют некоторые ограничения, в том числе отсутствие информации относительно услуг, предлагаемых в группах сравнения, малый размер выборки или ограниченную мощность.

Госпитализация

Данные из десяти публикаций свидетельствуют о том, что члены Клубных домов имеют более низкие показатели повторной госпитализации.

Берд и коллеги представили результаты двухгодичного исследования госпитализации и Программы поддержки, реализуемой Клубными домами. Критерии отбора участников исследования включали выписку из больницы в период не более 4 месяцев до начала исследования, отсутствие опыта членства в КД, а также госпитализация продолжительностью по меньшей мере 2 месяца в дополнение к критериям приема в члены КД. Участники были случайным образом отнесены к одной из трех подгрупп в Клубном доме или контрольной группе. Субъекты из контрольной группы после рандомизации были направлены в другие службы, доступные в сообществе. Эти критерии позволили отобрать 374 субъекта (274 в экспериментальную и в 78 контрольную группы). Не было значимых различий между контрольной и экспериментальной группами по демографи-

ческим характеристикам, диагнозам, истории госпитализации и лечения. Показатели повторной госпитализации и продолжительность госпитализации за 6 и 9 месяцев исследования оказались значительно ниже ($p < 0,02$) в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. Кроутер и др. (2010) провели субанализ результатов исследования Берда (1969) и обнаружили существенную разницу ($p = 0,026$) по показателям госпитализации в первый год исследования между членами Клубного дома и теми, кто пользуется стандартными услугами в местном сообществе.

Последующая публикация Берда в 1978 г. представила результаты девяти лет продолжения исследования на той же выборке, показав, что в экспериментальной группе периоды между госпитализациями участников были длиннее по сравнению с контрольной группой (22,5 против 14,6 месяцев, $p < 0,05$). Во втором исследовании, опубликованном в этой статье, критерием отбора было отсутствие госпитализации в течение более 2 лет. Члены Клубного дома, получавшие поддержку в течение 2 лет, имели значительно более низкие показатели повторной госпитализации по сравнению с контрольной группой, которая не получала услуги Клубного дома. Берд и другие отметили, что участие в программе Клубного дома отсрочило, но не помешало повторной госпитализации, что стало очевидным только в результате долгосрочного исследования. В то время как данное исследование показывает влияние Клубного дома на госпитализацию, недостаточные данные о поддержке, получаемой субъектами контрольной группы, являются ограничением.

Исследования Моурбея (2009), сравнивающие Клубные дома и Общедоступные центры, организованные потребителями, показали, что члены Клубного дома были чаще госпитализированы в течение жизни.

Несмотря на методологические ограничения, имеющиеся в этих исследованиях, данные указывают, что участие в программах Клубного дома продлевает периоды между госпитализациями и сокращает вероятность повторной госпитализации у лиц с тяжелыми психическими заболеваниями. Аналогичные выводы описаны в опубликованных исследованиях с различными уровнями доказательств (Герберт, 2000; Вилкинсон, 1992).

Социальные отношения и социальная интеграция

Девять квазиэкспериментальных исследований и два наблюдательных предоставили данные об улучшении социальных отношений у членов Клубного дома. Уорнер, Хаксли и Берг в течение двух лет исследовали качество жизни, пользование услугами и стоимость лечений, сравнивая группу регулярных членов Клубного дома и группу участников из другого города (не членов Клубного дома). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, диагнозу и продолжительности контакта с психиатрическими службами, в результате чего были сформированы 38 пар согласованных случаев. Показатели членов Клубного дома по Ланкаширскому профилю качества жизни были значительно выше в таких областях как финансы, взаимоотношения с законом, безопасность и общее благополучие. Уорнер и его коллеги сообщают, что доля людей, имевших социальные отношения (92 против 62 %) и близкие дружеские отношения (100 против 63 %) была значительно выше в группе Клубного дома в сравнении с согласованной группой.

Бигель и др. (2013) провели исследование с участием 118 членов аккредитованного Клубного дома и изучили семейные социальные сети и восстановление членов Клубного дома. Они обнаружили, что более высокий уровень социального функционирования, большая поддержка семьи, высокое качество позитивной связи с поддерживающим человеком тесно связаны с высоким уровнем восстановления ($p < 0.05$).

Клубный дом может предоставить полезные инструменты для повышения социальной интеграции и социальной компетентности. Данные, собранные в исследованиях, говорят об эффективности модели Клубный дом при построении и расширении социальных связей, но необходимы дополнительные исследования с использованием более строгих методов.

Образование

Три публикации (Дозэрти и др. 1992; Унгер и Парди 2002; Вайс и др. 2004) с наблюдательными исследованиями предполагают, что Клубный дом является подходящей площадкой для обеспечения образовательной поддержки (SED).

Используя данные слушателей, участвующих в SED, за двух-летний период Догерти и др. (1992), представили доказательства движения от SED к занятости.

Унгер и Парди (2002) исследовали результаты 124 человек, участвовавших в Программах поддержки образования в психиатрическом центре, Клубном доме и подготовительных курсах колледжа в течение пяти семестров. В Клубном доме был значительно более высокий процент слушателей с шизофренией.

Вайс и др. (2004) изучили учебные планы двух семестров подготовительных курсов для поступления в колледж, разработанные Клубным домом и общественным колледжем. В течение 4 лет шестьдесят девять слушателей приняли участие в образовательных курсах. Вайс и коллеги обнаружили, что студенты выразили удовлетворение учебным планом, но они не указывают, были ли все студенты удовлетворены. Исследователи обнаружили, что равное количество слушателей поступило в колледж и нашло работу.

Несмотря на то, что данные ограничены тремя исследованиями, результаты говорят о пользе Программы поддержки образования в Клубном доме.

Мероприятия по укреплению здоровья

Сто девяносто три Клубных дома в отчетах, предоставляемых в Clubhouse International, подтвердили, что предлагают разнообразные виды деятельности по укреплению здоровья (например, курсы диетического питания, борьбы с лишним весом). Однако ко времени подготовки данного обзора были только две публикации исследований в этой области. Пеллетье и др. (2005) обнаружили значительные улучшения в физической форме и эмоциональном здоровье у семнадцати членов одного из Клубных домов, которые прошли 16-недельный курс упражнений.

Онкон и др. (2015) провели исследование влияния деятельности по укреплению здоровья в аккредитованном Клубном доме среди 25 членов. Данные «до» и «после» были доступны только по восьми участникам. Семеро участников увеличили продолжительность ежедневных упражнений, семеро отметили уменьшение уровня тревоги, связанной с ежедневными

стрессорами. Однако это исследование было, прежде всего, описательным, и авторы не провели значимые тесты.

Касательно физического здоровья, укрепление здоровья — сравнительно новая область деятельности Клубных домов; есть только несколько статей, описывающих отказ от табака или деятельность по пропаганде здорового образа жизни в Клубных домах, но без оценки этих вмешательств.

Заключение

Координаторы программ по психическому здоровью обязаны показывать инвесторам, что программы, которые они планируют осуществить, эффективны. Координаторам программ психического здоровья выгодно строить доказательную основу для изучения стоимости и влияния сокращений госпитализаций, лишения свободы, показателей психического здоровья и других результатов у членов Клубного дома, особенно в эру ограниченного финансирования. Многие из существующих программ и услуг еще только предстоит тщательно исследовать. Пока эти программы не будут включены в исследования, у заинтересованных сторон не будет научного способа узнать, выдерживают ли эти программы сравнения с уже существующими. Такие модели рискуют быть устраненными в связи с отсутствием эмпирических исследований, а не в связи с низкой эффективностью. Выделение ресурсов для всесторонних исследований широкого спектра существующих и инновационных услуг увеличит качество и объем доказательной базы.

Партнерские, ориентированные на выздоровление модели социально-психологической реабилитации, такие как Клубный дом, очень востребованы в нынешнем массиве услуг для людей, страдающих серьезными психическими заболеваниями. Клубный дом вполне соответствует ориентированным на выздоровление моделям со своим акцентом на принципы членства, самоопределения и равенства, интеграции в сообщество. Акцент на восстановление отражен в растущем числе публикаций по модели «Клубный дом» в последние годы.

Клубный дом — многообещающая практика; растет количество исследований в поддержку Клубных домов, но дополнительные исследования необходимы, чтобы обеспечить более ясное и современное основание для оценки этой модели.

Исследования в этом обзоре представляют достаточно свидетельства эффективности модели «Клубный дом», чтобы убедить инвесторов в том, что Клубные дома достойны поддержки как один из элементов спектра реабилитационных услуг для людей с серьезными психическими заболеваниями.

Список использованных источников

1. Colleen McKay, Katie L. Nugent, Matthew Johnsen, William W. Eaton, Charles W. Lidz. A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation. // Adm Policy Ment Health, DOI 10.1007/s10488-016-0760-3. This article is published with open access at Springerlink.com.

Стигматизация людей с психическими заболеваниями

*Байкова И. А.,
председатель правления Общественной организации «Белорусская
ассоциация психотерапевтов», заведующая кафедрой
психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат
медицинских наук;*

*Давидовский С. В.,
доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии
БелМАПО, кандидат медицинских наук*

Люди, имеющие психические расстройства, подвергаются стигматизации в течение по крайней мере 2000 лет [Rosen, 1968; Fabrega, 1990]. Исторически, личности, страдающие психическими расстройствами, были исключены из жизни общества на самых различных уровнях и испытывали негативное отношение и дискриминацию со стороны общества [Foucault M., 1995]. Широкое обсуждение вопросов о правах лиц с психическим расстройствами и об институциональном подходе к оказанию помощи таким людям началось в конце 40-х годов, когда Генеральная Ассамблея ООН приняла Всеобщую декларацию прав человека. Этот интерес выразился в принятии соответствующих законодательных мер, таких как «Закон об обслуживании населения в центрах охраны психического здоровья» в США (1963 г.), «Закон об охране психического здоровья» в Соединенном Королевстве (1959 г.), «Регламентация» (1960 г.) во Франции. Существующие до этого времени в обществе законы были направлены главным образом на защиту общества и отражали убежденность в том, что душевнобольные люди опасны. Права госпитализированного больного были весьма ограничены, а психиатрическая помощь до середины XX в. сводилась к приему в клинику и содержанию до тех пор, пока пациент не приобретал нормальное состояние, или не происходили улучшения до той степени, что родственники забирали его домой или пока не наступала смерть. Главное для тех, кто заботился о качестве ухода за больными, заключалось в том, чтобы па-

тернализм носил лояльный и эффективный характер. Попытки установления контактов с больными путем непосредственного доброжелательного кураторства, взаимного уважения, создания соответствующей обстановки не могли преодолеть натиска пессимизма относительно неизлечимости психически больных. И даже открытие в 50-е годы благотворного действия препаратов фенотиазиновой группы, которые существенно изменили протекание многих психических заболеваний, качественно не изменили этого положения до 60-х годов. Только в этот период в западноевропейских странах начали отмечаться серьезные изменения [Н. Моран, 2006], появляется «самый драматический сдвиг в социальных реакциях на психически больных людей» [Foucault M., 1995], который был обусловлен деинституализацией, разработкой нового подхода к лечению больных. Наконец происходит переход от содержания больных в психиатрических клиниках к их интеграции в общество. Особое значение стала приобретать правозащитная идеология, утвердились новые подходы к личности, ее правам и свободам, возникает движение за права больных, их личная свобода становится приоритетной. Под давлением парламентских лобби, выражающих мнения родственников и бывших больных, было пересмотрено законодательство ряда стран в области охраны психического здоровья с учетом гражданских прав человека. Это определило интерес исследователей к изучению нужд психически больных пациентов и их отношения к проводимому лечению [S. V. Eisen, M. C. Grob, 1979; J. Shtnseley et al., 1980; R. M. Weinshtein, 1981; R. Mc. Clelland, 1991; J. M. Bertolotte, 1993].

Важность социальных факторов в лечении и ресоциализации психически больных людей в настоящее время не вызывает сомнений. Отмечается значительная роль социальных факторов в манифестации, течении болезни, качестве и продолжительности ремиссий [Шмилович А. А., 2013], что сказывается и на возможностях терапии, ресоциализации, адаптации больных [Холмогорова А. Б., 2000]. Сама оценка улучшения состояния, выздоровления или ремиссии включает в себя целый ряд социальных факторов [Гурович И. Я., 2008]. Однако самая основная социальная проблема, без разрешения которой на пути даже самой совершенной системы лечения будут возникать препятствия, — стигматизация и дискриминация психически больных

людей, которая ухудшает их социальную адаптацию и приводит к снижению качества жизни. Большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни [Hinshaw, 2007].

В греческом языке слово «стигма» означает клеймо, метку, выжженную рану, которая наносилась на тело рабов, преступников, проституток, предателей и т. д. Начиная со второй половины XIX в. это слово стало пониматься переносным смысле как «метка», «позорное клеймо», в медицине — как бросающийся в глаза признак болезни. Социальные последствия действия стигмы проявляются в трудностях трудоустройства психически больного, сложностях с получением образования, получением социальной и медицинской помощи, с сокращением круга общения и т.д. [Corrigan, 2004; Link, 1999, Михайлова и др. 2002]. Так, проводимые исследования показали, что большинство американцев не желает создавать с психически больными семью (68 %), работать в тесном сотрудничестве с ними (58 %) или проводить с ними свободное время (56 %) [Martin, J. K., 2000].

Стереотипы восприятия «безумия», вероятно, вырабатываются в детстве и постепенно закрепляются, зачастую неумышленно, в процессе обычных социальных взаимодействий [Scheff, 1966]. Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое; психически больные характеризуются как опасные, непредсказуемые, ненадежные, нестабильные, ленивые, слабые, никчемные и/или беспомощные [Rabkin, 1974; Bhurga, 1989; Fabrega, 1990]. В общественном сознании стигма обычно ассоциируется с теми болезнями, в которых считаются повинными сами люди. Психические расстройства часто приписывают когнитивной или нравственной несостоятельности и/или наследственным факторам, для которых не существует адекватного лечения [Rabkin, 1974]. Социальная дистанция, которую здоровые сохраняют при общении с психически больными, гораздо больше дистанции с человеком, о психическом расстройстве которого неизвестно [Angermeyer, M.C., Siara, C.S., 1994]. Осознание предубежденного отношения приводит к тому, что многие психически больные и их близкие стараются скрыть наличие болезни.

Пациенты, страдающие психическими заболеваниями, остро ощущают явления стигматизации. Стигма является препятствием для выздоровления от психического заболевания, т. к. служит барьером для обращения за помощью (запоздалые обращения за помощью, отказ принимать антипсихотические препараты). Согласно проведенному исследованию, 32 % исследуемых признавали наличие у них проблем психического здоровья, но из-за стигмы они первоначально были не в состоянии обратиться за помощью, 62 % участников исследования заявили, что они или их знакомые отказывались искать профессиональную помощь, несмотря на то, что знали, что они нуждались в ней [Alvidrez, 2008]. Стигма продолжает оказывать влияние на людей с психическими заболеваниями, даже после того как первоначальная помощь получена. Многие преждевременно прекращают лечение [Sirey, 2001]. Принимая антипсихотические препараты, пациенты неизбежно утверждают в мысли о том, что они «сумасшедшие».

Стигма всегда эмоционально окрашена и может быть абсолютно не оправдана фактами. Стигма как социальное представление имеет информационную основу, состоящую из научных и культуральных мифов, которые структурируются в систему коммуницируемых значений и приобретают эмоционально-личностную окраску. К сожалению, в современном обществе многие мифы и предубеждения, лежащие в основе стигматизации лиц с психическими расстройствами, широко поддерживаются СМИ и киноиндустрией. Любимая тема при этом — описание громких преступлений, совершенных психически больными, «маньяков-убийц» и т. д. При всей сенсационности таких событий правда состоит в том, что подавляющее большинство (90-95 %) преступлений совершается все же психически здоровыми людьми. Яркий пример этого — события на площади Независимости (2008 г.), события в Норвегии (расстрел 95 человек), недавние события в ТЦ «Европа», когда первой эмоциональной реакцией населения и представителей СМИ было убеждение в том, что это мог сделать только «шизофреник». Однако проведенная судебно-психиатрическая экспертиза во всех этих случаях расстройств шизофренического спектра у лиц, совершивших преступления, не выявила, при совершении правонарушения они были вменяемы и отвечали за свои действия.

Гоффман и Рихтер [1998] в нескольких исследованиях показали, что освещение в газетах и журналах средствами массовой информации больных шизофренией независимо от чрезвычайных происшествий и даже в обычном ракурсе зачастую носит негативный характер.

Стигматизация психически больного описывается как процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории «душевнобольных» [Link et al., 1999]. Наиболее распространенные в общественном сознании стигматизирующие предрассудки о психических заболеваниях следующие:

- психические болезни неизлечимы;
- люди с психическими расстройствами социально неполноценны и опасны, поэтому лучше держаться от них подальше;
- люди с психическими расстройствами часто сами виноваты в своих болезнях;
- психические расстройства встречаются очень редко и меня не касаются;
- лекарства, которыми лечат психические расстройства, опасны, вредны, разрушают мозг, вызывают привыкание и зависимость и т. д.

Все это приводит к тому, что ресурсы здравоохранения и общества, которые могли бы быть потрачены на выявление и лечение данной патологии, не привлекаются должным образом. Вероятно, именно это — одна из причин того, почему система медицинской помощи при психических расстройствах в нашей стране и странах СНГ по-прежнему финансируется по остаточному принципу и ее приоритетность в системе здравоохранения очень и очень невысока. Это несмотря на то, что смертность от внешних причин, куда входит смертность от суицидов и отравления алкоголем в трудоспособном возрасте в Республике Беларусь занимает второе место после сердечно-сосудистой патологии. Во всемирном масштабе смертность от суицидов является второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15–29 лет.

Развитие стигматизации проходит несколько этапов:

1. Выделение и «маркирование» человека с психиатрическим диагнозом;
2. Присвоение ему негативных качеств в соответствии с бытующими в данной культуре представлениями о душевнобольных;
3. Отнесение его к «категории» душевнобольных, которая противопоставлена обществу;
4. Последующее снижение социального статуса этого человека.

Иными словами, стигма формируется сначала определением Другого, потом называнием его «недостойным», а затем приписыванием и внушением вины тому, кто является Другим за то, что он отличается [Porter, 2001]. Феноменология психологических последствий стигмы для самих больных подробно описана психиатрами, социологами и психологами. Основной акцент исследователи делают на изучении вины и стыда, возникающих у этих людей в связи с атрибутами, содержащимися в мифологии стигм [Gilbert, 2001; Михайлова и др., 2002]. Пинел ввел понятие «стигма-осознанность» [Pinel, 1999] для описания того, насколько больные осознают влияние собственной стигмы и какие психологические последствия это вызывает. В литературе также описан близкий к этому процесс самостигматизации [Link, 1999; Михайлова и др., 2002] — осознание больным наличия психиатрического диагноза, усвоение и применение к себе мифов о своем психическом заболевании с последующим дистанцированием от потенциальных стигматизаторов. Это, по мнению авторов, ведет к снижению социального статуса, самооценки больных, что в свою очередь усиливает стигматизацию, т. е. этот процесс представляет собой порочный круг. Обобщая имеющийся материал, можно сделать вывод, что «реакция психически больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного), а также клинической картиной заболевания и личностной структурой» — это значит, что можно рассматривать стигматизацию и самостигматизацию как единый процесс [Михайлова и др., 2002]. «Стигматизирующий» может пониматься в двух смыслах: тот, кто создает условия и информацию, способствующие

появлению стигм (продуцирующие мифы и их распространяющие), и те, кто усваивает эти мифы и, действуя посредством них, стигматизирует.

Многие авторы описывают психические детерминанты стигматизации на языке социальной психологии. Такие теоретические построения чаще всего несут в себе феноменологическую характеристику групповых процессов, каузальное объяснение которых отсылает к социальному уровню анализа. Вот пример таких рассуждений: «Основная предпосылка человеческого сосуществования заключается в том, чтобы члены одной группировки могли полностью полагаться на предсказуемость поведения других членов этой группировки. Поэтому отклонение в поведении предусматривает применение санкций независимо от того, было ли отклонение умышленным или неумышленным» [Финзен, 2001]. Стигматизацию связывают с групповыми процессами, способствующими выделению «отличного» в группах, т. к. психологическая и антропологическая характеристика человеческой природы заключается в демаркации «себя» и «других». Причиной этого процесса является бессознательная природа человека. Социальный субъект вынужден каждый раз для поддержания чувства своего «я» отдалять «их», а это легко реализуется в патологизации и отвержении другой группы. Оригинальное описание мотивации «стигматизирующих» предложил М. М. Кабанов, который связал стремление стигматизировать с наличием трех мотивационных компонентов:

- 1) потребности в сохранении удовлетворительных условий своей жизни;
- 2) потребности в сохранении нормального уровня функционирования (сохранении своего интеллектуального уровня);
- 3) потребности в сохранении своей эмоциональной стабильности.

Соответственно, психически больные со стигмой, в представлении автора, являются «угрожающими» удовлетворению этих потребностей [Кабанов М., 2001]. Исследование, проведенное М. Кабановым совместно с Г. Бурковским, связало эти потребности с некоторыми личностными характеристиками, создав таким образом своеобразную типологию. Первая потребность чаще встречается у людей принципиально удовлет-

воренных жизнью, но с негативным отношением к девиантам. Вторая потребность связывается с представлением о психических болезнях как заразных и как о когнитивных расстройствах. Третья — с психотической уязвимостью, негативным восприятием своей жизни и представлением о психическом заболевании как эмоциональном расстройстве. Одним из главных психологических механизмов стигматизации, описываемый практически всеми авторами является проекция — приписывание другому (или группе других) черт, отвергаемых человеком (или референтной группой) в себе.

В литературе страх по отношению к психически больным связывают с восприятием этих людей как «опасных», «враждебных». Установлено, что болезнь вообще, т. е. отклонение от заданной телесной или психической нормы, является одним из основных источников страха в любом обществе: «...болезни приобретают смысл, занимая место наиболее глубинных страхов... Создается впечатление, что обществу необходимо иметь недуги, которые будут отождествляться со злом, а заодно и приписывать вину их “жертвам”»... [Sontag, 1988]. На психологическом уровне анализа этот страх считается базовым для человека. Так, согласно классификации Кемпинского, страх, заключающийся в боязни того, что социально опасно или неприемлемо, относится к так называемым «социальным страхам» и является одним из четырех общечеловеческих страхов [Кемпинский, 1975]. В социальной психологии описано множество близких этому феноменов. Например, экспериментально доказано, что любой другой, «не своей» группе часто приписываются характеристики «опасности» [Майерс, 1998]. Исследователи агрессии также выявили массу фактов, подтверждающих усиление враждебности и проявление различных типов агрессии по отношению к социально отличающимся [Ениколопов, 2007] и восприятием последних как «опасных», «страшных». Тесно связанными с герменевтическими моделями страха являются концепции защитных механизмов, отсылающие к психоаналитическим теориям. В разные периоды творчества Фрейд понимал страх либо как базовую, неспецифическую характеристику человека в социуме, находящую себе объект, либо как «защитный механизм Я» [Бержере, 2002], возникающий специфично по отношению к объекту. Оба эти понимания природы страха находят свою

реализацию в теориях стигматизации. Так, в первом случае страх «другого» связан с тем, что психически больной подходит для объективирования внутренней тревожности и страха. А во втором случае представляется, что в ходе социализации закрепляются объекты, которые специфическим образом угрожают тем или иным объектным отношениям. Выбор объекта страха определяется в первую очередь степенью его возможной опасности или ценности. В наибольшей степени «подходящими» оказываются области, плохо контролируемые самим субъектом, — предметы, представляющие реальную или возможную опасность, болезнь, инфекции, стихийные события, случайности, межличностные отношения; либо наиболее ценное — собственное «Я», ближайшее окружение, здоровье, жизненные достижения и пр. [Тхостов, Колымба, 2002]. И в том, и в другом случае тесно связанной с понятием страха оказывается концепция «проекции». Считается, что проекция обеспечивает психическую «безопасность субъекта», устанавливает энергетическое равновесие между психическими инстанциями и является способом канализации вытесненных желаний. Чаще всего предполагается, что объект, на который направляются проекции, хоть и является специфичным, не является четко закрепленным. На уровне анализа групп отмечается, что негативные и отрицательные качества личности часто проецируются на представителей какой-либо табуируемой, маргинальной группы [Михайлова и др., 2002]. Подразумевается, что людям с психиатрическим диагнозом не просто будут приписываться те или иные черты, закрепленные в мифе или стереотипе, а то, что их поведение будет негативно оцениваться в зависимости от черт воспринимающего.

Хорошо известно, что представления о болезни сильно варьируются в разных культурах [Александр, Селесник, 1995; Тхостов, 2002; Littlewood, 1998 и др.]. Данные о специфике культуральных воззрений на проблему отражают (порой даже прозрачнее других политических или социальных представлений) некую существенную характеристику культуры, проявляющую ее базовое отношение к человеку и его месту в мире. Кросс-культурные различия стигм психически больных указывают на тесную связь стигм с культурой в целом, представлениями в обществе о месте человека в нем, и более конкретно —

с социальными учреждениями, устанавливающими каноны восприятия психически больных.

Дж. Фостер обнаружила существенную дифференциацию в понимании различных психических болезней в проведенных ею групповых интервью с профессионалами и непрофессионалами. Так, они проводят достаточно четкое разграничение на основе тяжести заболевания, выделяя заболевания «низкого» и «высокого» уровня. К заболеваниям низкого уровня респонденты отнесли депрессию и обсессивно-компульсивное расстройство, к заболеваниям высокого уровня — шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и болезнь Альцгеймера. Также респонденты разграничили тяжелые заболевания с высокой и низкой степенью социальной девиации.

Дж. Фостер предполагает, что все психические заболевания оцениваются в соответствии с пятью шкалами: нормальность-патология, опасность-безопасность, постоянность-периодичность, длительность, излечимость-неизлечимость.

Заболевания низкого уровня связываются с социальным давлением, а заболевания высокого уровня — с действием биологических факторов. Целью подобных репрезентаций является контроль над больными, являющимися обузой для общества (здоровый я — нездоровый другой) [J. Foster, 2001].

В исследовании на белорусской выборке, проведенном кафедрой психологии Белорусского государственного университета, было обнаружено, что социальные репрезентации психических болезней в нашей стране имеют аналогичную структуру, т. е. концентрируются вокруг представлений о насилии, непредсказуемости и чуждости психически больных. Так, 48 % респондентов согласны с тем, что психически больные чаще совершают преступления, чем обычные люди; 61 % — что больные чаще совершают самоубийства; 89% респондентов одобряют принудительную госпитализацию; 39 % — ограничение прав больных, 55 % высказываются за принудительный контроль над рождаемостью среди больных. Как заметил один из респондентов, все психические болезни в определенный период могут стать опасными. Такие представления высоко положительно коррелируют с опорой на СМИ как на основной источник информации. Несомненно, наблюдалась и дифференциация представлений. Респонденты, по их мнению, лучше

всего осведомлены о трех психических болезнях — шизофрении, депрессии и неврозе. Самым опасным заболеванием была признана шизофрения. Тем не менее, респонденты скорее не способны четко выделить главные симптомы болезней. Так, определенный процент испытуемых отмечает агрессивность и снижение интеллекта у больных депрессией, а 17 % испытуемых не считает, что умственная отсталость приводит к снижению интеллекта [Фролова Ю.Г., 2003].

Сегодня в западных обществах, слово «психиатрия» по-прежнему явно ассоциируется с ограничением свободы или с репрессивными мерами [Angermeyer, 2001]. Сами больные жалуются на то, что врачи стигматизируют их в большей степени, чем представители какой-либо другой социальной группы [Lawrie, 1999].

На сегодняшний день распространенным является мнение [Corrigan et al., 2001] о трех способах, которые могут быть использованы для изменения взглядов людей на психические заболевания:

1. Изменение когнитивной составляющей стигм через внедрение других мифов, т. е. через образование. Здесь главной проблемой является поиск такой информации, которая противоречила бы стигмам в наибольшей степени. Идея о мифологической структуре стигм указывает на то, какие проблемы надо учитывать в решении этой задачи и в выделении того, что действительно является адекватной дестигматизирующей информацией;
2. Контакт с больными, влекущий за собой новое эмоционально-личностное отношение к ним. Различные исследователи многократно подтверждали гипотезу об улучшении отношения к психически больным после общения с ними [Haghighat, 2001];
3. Запрет проявления социальных дискриминаций. Исследователи пришли к выводу о том, что только запрет оказывается неплототворным для решения задач дестигматизации.

Самым эффективным способом дестигматизации психозов и депрессий оказался контакт с психическими больными. Некоторые авторы, напротив, находят конечное решение проблемы стигматизации в усовершенствовании психиатрии. Только лечение, способствующее тому, что психически больные становятся более адекватными и начинают следовать соци-

альным нормам, приведет к тому, что таких пациентов общество перестанет отличать как «других», воспринимать их в качестве «плохих» членов общества и соответственно ассимилирует значение психиатрического диагноза как «не опасного». Это действительно является решением конкретной проблемы стигматизации психически больных. Naighiat возлагает основную надежду на то, что человечество «повзрослеет» и общество станет более «заботливым и дружелюбным, избавившись от своей биологически обусловленной конкурирующей природы», начнет развиваться в соответствии с «гуманными» идеологиями. Однако нашей общей задачей в настоящий момент является противодействие стигматизации психических больных, развитие просветительской деятельности и работа с населением. Цель просветительной работы должна заключаться в том, чтобы с помощью понятной, доступной информации добиваться разрушения существующих предубеждений и страхов общения с психически больными. Обществу нужно прививать мысль, что не следует бояться пациентов с психическими расстройствами и описывать вероятные причины аномального поведения, а также способы, с помощью которых можно с ними справиться. Необходимо формирование доброжелательного отношения к лицам с психическими расстройствами для того, чтобы в дальнейшем они могли рассчитывать на «прочувствованное признание и деликатность общества». При этом нужно учитывать, что изменение подходов и отношений является длительным процессом, который протекает в течение десятилетий.

На сегодняшний день дискриминация и стигматизация людей с психическими расстройствами являются наиболее значимыми проблемами в сфере охраны психического здоровья, борьба с ними входит в число приоритетов Всемирной организации здравоохранения и Всемирной психиатрической ассоциации. Общественное мнение хоть медленно, но меняется. Многие начинают понимать, какой тяжелый груз несет стигма. Всемирная организация здравоохранения и многочисленные национальные общества разных стран, объединяющие больных и их родственников, настойчиво и постоянно стараются оказывать положительное влияние на представления общества о психических болезнях, возможностях и состоянии современной психиатрии, активно ведут просветительскую деятельность среди населения.

Список использованных источников

1. Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «RECOVERY» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 2. С. 7–14.
2. Давидовский С. В. Оценка пациентом работы психиатрических учреждений как один из показателей их деятельности: дисс. кан. мед. наук. Минск, 2001.
3. Кабанов М., Ломаченков А., Коцюбинский А., Бурковский Г., Юрьев А. Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных // <http://www20.brinkster.com/autism/read.asp>.
4. Холмогорова А. Б. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении) // Консультативная психология и психотерапия. 2000. № 3. С. 35–71.
5. Финзен Асмус. Психоз и стигма : пер. с нем. М., 2001. 216 с.
6. Шмилович А. А. Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом: дисс. д-ра мед. наук. М., 2013.
7. Angermeyer, M.C., Siara, C.S. Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 2.: Die Entwicklung im Jahre 1991. Nervenarzt, 1994: 65, 49–56.
8. Foucault M. Madness and civilisation. L.: Routledge Classics, 1995.
9. Hoffmann-Richter, U., Alder, B., Finzen, A. «Vermischte Meldungen». Ein kriminogenes Leiden. Die Schizophrenie im Lokalteil der Neuen Zürcher Zeitung. Krankenhauspsychiatrie 1998; 9: 110–115.
10. Morant N. Social representations and professional knowledge: the representations of mental illness among mental health practitioners // British journal of social psychology. — 2006. Vol. 45. P. 817–838.
11. Fabrega, H. (1990) Psychiatric stigma in the classical and medieval period: a review of the literature. Comprehensive Psychiatry, 31, 289–306.
12. Bhugra, D. (1989) Attitudes towards mental illness. Acta Psychiatrica Scandinavica, 80, 1–12.
13. Rabkin, J. (1974) Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. Schizophrenia Bulletin, 10, 9–33.
14. Scheff T. J. (1966) On Being Mentally III. London: Weidenfeld & Nicolson.

Освещение вопросов психического здоровья в СМИ

Шинило О. П.,

*Специалист по коммуникациям Общественной организации
«Белорусская ассоциация социальных работников»*

Средства массовой информации стали мощным механизмом формирования общественного мнения. Многочисленные исследования показали, что отношение окружающих к людям с психическими заболеваниями, к психиатрам, к самой психиатрии во многом определяется тем, как это освещается в СМИ.

Для обычного человека, не связанного с темой психического здоровья профессионально, СМИ — основной источник информации о людях с ментальными расстройствами, а также о различных аспектах сферы психического здоровья в целом. И, несмотря на новые научные достижения в понимании и лечении психических заболеваний, недавние исследования указывают на то, что средства массовой информации по-прежнему допускают ошибки в описании психических расстройств, преподнося информацию негативного характера, усиливая тем самым стигму.

Один из самых популярных стереотипов, которые поддерживают СМИ, в том числе и белорусские, — люди с психическими заболеваниями склонны к насилию. Новостные заголовки, содержание журналистских статей часто связывают психические расстройства и насильственные действия.

8 октября 2016 г. молодой парень пришел в минский торговый центр «Европа» с бензопилой и топором. За 11 минут, пока его не задержали, он убил одну женщину и ранил еще двух. Спустя пару часов и в течение нескольких недель эта трагедия широко освещалась СМИ Беларуси. Сообщалось, что убийца был одиночкой со странным поведением, имел психическое заболевание и когда-то был госпитализирован. Заголовок сайта *televi.d.by* от 11 октября 2016 г. звучал так: **«Расширенное самоубийство». Что можно сказать о психическом здоровье парня с бензопилой уже сейчас**. Из контекста этой статьи следовало, что «здоров ли он (прим. — парень) психически — ответит

экспертиза». Но, несмотря на это, уже в следующем абзаце, прибегнув к помощи анонимного эксперта, журналисты сделали попытку оценить психическое состояние парня по косвенным признакам: *«Я не уверен в конкретной психической патологии, но это может быть и пролонгированный депрессивный эпизод, и расстройство личности, и даже расстройство шизофренического спектра. Я склоняюсь к этим гипотезам, но и не исключаю и психического благополучия парня. Слишком мало информации, чтобы сказать однозначно»*. Журналисты выяснили, что пару лет назад парень пытался покончить с собой. В связи с этим анонимный эксперт предположил, что *«К такому финалу может привести в том числе депрессия. В данном случае это одна из вероятных причин произошедшего. При депрессии человек может быть не способен осознавать характер своих действий и руководить ими»*.

Свое мнение о психическом здоровье молодого человека portalу TUT.BY высказал российский психиатр-криминалист, профессор психиатрии **Михаил Виноградов**: *«Без сомнений, речь идет о тяжело психически больном человеке. Его заболевание относится к шизофреническому спектру. Течет оно волнообразно: то ему хочется убивать, то он затихает. Состояние зависит от степени депрессии. Такой финал позволяет говорить, что это параноидная, бредовая шизофрения со сменами фаз депрессии с подавленностью и депрессии с агрессивностью. Человеку в таком состоянии нужно выместить злобу и агрессию на окружающих, без этого он не совершит суицид. Он хотел как можно больше народу утянуть за собой. Это расширенное самоубийство. Он готовился и одевался так, как, ему казалось, одеваются настоящие убийцы. В момент преступления он осознавал свои действия, но совершал их по болезненным механизмам и, безусловно, был невменяем»*.

22 декабря 2016 года в СМИ появилась информация о том, что **подростка** с бензопилой, который 8 октября напал на женщин в минском торговом центре «Европа», **комплексная психолого-психиатрическая экспертиза признала вменяемым**. Он осознавал, что делает.

На этом примере мы можем проследить освещение события, когда при отсутствии фактических доказательств была выдвинута и навязана обществу гипотеза, что есть прямая связь между психическим заболеванием и случившейся трагедией.

Используя рейтинги материалов октябрьской трагедии, 12 октября 2016 г. на сайте *ex-press.by* вышла статья с заголовком **«Без бензопилы: как борисовчане борются с осенней депрессией»**. Ознакомившись с текстом, неподготовленный читатель может сделать вывод, что депрессия обязательно приводит к насилию. Приведем цитату из текста журналиста: *«Недавняя трагедия в столичном торговом центре «Европа» заставила многих белорусов задуматься о психическом здоровье — и своем, и близких. Если депрессия может привести к столь ужасным последствиям, необходимо срочно от нее избавляться»*.

«У няни, которая убила ребенка в Москве, диагностировали шизофрению» (2 марта 2016 г., сайт *meduza.io*), **«У 86-летней пенсионерки, которая ножом пыталась убить 18-летнюю девушку своего внука, диагностирована шизофрения»** (25 октября 2016 г., сайт *dneprovec.by*), **«В Крупском районе психически больной слесарь на погрузчике пытался раздавить трактор с водителем, а потом бросился под поезд»** (23 июня 2016, *nn.by*), **«В Минске психически нездоровый контролер ограбил безбилетную пассажирку»** (17 марта 2016, БелаПАН) — подобные заголовки повышают негативное отношение к людям с психическими заболеваниями.

Исследования показывают, что большинство людей с серьезными психическими заболеваниями не склонны к насилию, а сама связь между психическим диагнозом и случаем вооруженного насилия слишком сложна и зависит от многих факторов. Но об этом в журналистских материалах, к сожалению, не говорится.

Как и не говорится о том, что в отличие от психических расстройств (шизофрении или биполярное расстройства), с насилием в семь раз чаще связаны люди, злоупотребляющие наркотиками и алкоголем. Из этого следует, что мы должны гораздо больше бояться пьяного бизнесмена в костюме, чем, например, бездомного с шизофренией, бормочущего что-то себе под нос. Такие данные приводит Национальный институт психического здоровья (США).

Нередко в СМИ людей с психическими заболеваниями отличают визуально, подчеркивая, что они «другие». Формулируя вопрос собеседнику, журналист газеты «Комсомольская правда в Белоруссии» (номер от 9 октября 2016 г.) отметил: **«Мы при-
выкли, что если псих — то нервный и дерганый»**.

Негативный образ человека с ментальным расстройством дополняет лексика средств массовой информации: «псих», «маньяк», «шизофреник», «сумасшедший», «фрик»... Неверно употреблять и фразу «выпущен из клиники». Людей выписывают из психиатрических больниц. Они не были в тюрьме. Лечение — это не наказание.

В большинстве СМИ вместо конкретных медицинских терминов, таких как «шизофрения» или «тревожное расстройство» журналисты описывают состояние человека одной универсальной фразой — имел психическое заболевание.

В следующих статьях, заголовки которых мы приводим: *«В Турции психически нездоровый подросток расстрелял полицейских»*, *«Психически нездоровый житель Полоцка “заминировал” психиатрическую больницу»*, *«Психически нездоровый минчанин сделал ложные заявления о минировании»*, *«Индия: психически нездоровый мужчина угнал автобус и сбил несколько десятков человек»*, диагноз у всех этих людей был один — психическое заболевание.

Или возьмем популярный портал *kyku.org*, статью которого от 25 апреля 2016 г. **«В каждом кафе Минска есть свой псих»** прочли 5876 человек. Цитата: *«Юра не выглядит социально опасным. Похоже, у него синдром дефицита внимания, ему хочется свои “15 минут славы”*. В комментариях к материалу один читатель справедливо задает вопрос журналисту: «Автор знает, что такое синдром дефицита внимания? Или просто тут игра слов?»

Больницы для душевнобольных людей прошли долгий путь с 17-го века. Многие способы лечения психических болезней в то время были откровенно жестокими и скорее «воспитательными», чем терапевтическими: кровопускание, прижигание каленым железом, порка плетью, голод, ледяной душ, чихательный порошок, вращающийся стул и так далее. Таким образом психиатры пытались противопоставить безумию нечто экстремальное, поскольку, по мнению науки того времени, только сильное воздействие могло «изгнать» душевную болезнь. Эти учреждения напоминали больше тюрьмы, чем место исцеления. **Сложившийся образ психиатрической больницы**, лишенной комфорта и заботы, с пустыми коридорами, голыми стенами, врачами, чьи методы лечения приносят больше вреда, чем пользы, **имеет место быть до сих пор.**

В материале **«Экскурсия в Новинки. За что пациенты ругают отечественную медицину»** (*kyky.org* от 1 марта 2016 г.) автор проходит реабилитацию в РНПЦ психического здоровья в Минске и специально для портала рассказывает, как выглядит изнутри седьмое отделение. Приведем некоторые цитаты: *«О том, что происходит за дверями закрытых отделений, знает лишь медперсонал, из которого не вытащишь слова, и бесправные пациенты, которым жаловаться и возмущаться не полагается по статусу»*; *«Уже с утра возле корпусов собирается пестрая толпа в ватниках и пижамах, готовая за глоток свежего воздуха до обеда махать лопатами»*; *«Одежду и вещи забирают, взамен одевая в клетчатую пижаму, расплзающуюся на плечах ровесницу первых советских диссидентов»*; *«Заткнись, б**дь!»* — примерно так они успокаивают пациента во время приступа, когда тот начинает кричать. Далее по всем правилам следует привязка к кровати и укол успокоительного, на время превращающего больного в овощ».

Не добавляет оптимизма и материал **«Медсестра брестской психбольницы подозревается в краже денег у пациентов»** (*nn.by* от 7 декабря 2016 г.). По предварительным данным, 52-летняя медсестра с марта по октябрь похитила у пациентов больницы пенсионные денежные средства на общую сумму около 4 тыс. рублей.

Несмотря на ошибки журналистов и материалы с негативным оттенком, во многих странах, в том числе и Беларуси, на протяжении уже длительного времени СМИ ведут активную работу по изменению негативного отношения общества к людям с психическими заболеваниями, к самой психиатрии. В этом им помогают сами пользователи услуг психического здоровья (т. е. люди, страдающие психическим расстройством), психиатры и профессионалы, работающие в этой области, общественные организации.

В качестве положительного сотрудничества журналиста и человека, живущего с психическим заболеванием, для примера можно привести следующие материалы:

«Фобии: минчанки, которые боятся аквапарка, пауков и банок для закаток» (*citydog.by* от 31 марта 2015)

«Зашифрованный диагноз. Как живут пациенты психиатров» (АиФ от 10 октября 2016)

«Как бывший пациент психиатрической больницы стал соцработником» (*citydog.by* от 5 декабря 2016 г.)

«Общество анонимных макмерфи, где не привязывают к кровати» (*kyku.org* от 21 октября 2016 г.)

Созданный весной 2016 г. журнал «Имена» — единственное медиа Беларуси, которому благодаря профессиональной подаче материала удалось привлечь внимание большой аудитории к проблеме психического здоровья. Статья о девятом отделении ГУ «Психоневрологический дом-интернат для престарелых и инвалидов № 3 г. Минска» вызвала отклик читателей не только эмоционально, но и в материальном эквиваленте. На повышение уровня качества жизни и эмоционального благополучия тяжелобольных людей собрано 8720 из необходимых 7200 рублей.

Важность социальной реабилитации людей с психическими заболеваниями на примере Минского клубного дома «Открытая душа» журналисты журнала «Имена» отразили в публикации «Мы тут все уже на грани. Как в Минске спасают людей с психическими заболеваниями». На примере Клубного дома стоит отметить, что нередко в СМИ материалы на тему психического здоровья появляются благодаря инициативе общественных организаций и потребителей услуг.

Если сравнивать освещение вопросов психического здоровья в белорусских и российских СМИ, то мы находимся в начале пути. Недостаточно публикаций, не только рассказывающих популярно о том, какие бывают психические заболевания (помимо шизофрении, депрессии, анорексии), но и положительных личных историй людей, столкнувшихся с ментальными расстройствами.

Если СМИ не рассказывают о том, насколько разными бывают люди с психическими заболеваниями, если не повествуют о другой стороне психического расстройства (о том, как человек справился со своей болезнью, как он смог ее преодолеть, как достиг чего-то), а говорят и пишут только о случаях агрессии, то, естественно, в обществе возникает и подтверждается образ опасной личности, что в свою очередь формирует враждебность к этой группе людей.

Публикации на тему психического здоровья в белорусских СМИ носят не системный, а скорее хаотичный характер. Часто они приурочены к событию, например, Всемирному дню

психического здоровья или Международному дню борьбы с депрессией. В гендерном соотношении в материалах чаще идет речь о женщинах, что укрепляет в общественном сознании стереотип о «настоящих» мужчинах, которые не плачут.

Если рассмотреть географический охват, то региональные СМИ практически не освещают тему психического здоровья. Основной процент публикаций приходится на тематические медицинские ресурсы, республиканские СМИ, интернет-издания, телевидение.

Поскольку нет возможности избежать плохих новостей, стандартной журналистской практикой должно стать включение эпидемиологического и статистического контекста всякий раз, когда новости сосредоточены на насилии или опасности.

Сообщая информацию о психических расстройствах, профессионалу следует избегать акцента на броских, часто пугающих, а потому подстегивающих внимание, аспектах обсуждаемой проблемы. Необходимо предъявлять целостную картину психической болезни, выдерживая пропорцию негативных и позитивных сторон, информируя как о возможном возникновении опасности, так и еще более широких возможностях адаптации человека с ментальным расстройством в жизни.

Комментируя конкретные случаи, особый акцент следует делать на личности больного, а не на самой болезни с тем, чтобы показать, что человек с психическим заболеванием, как и остальные люди, имеет свои чувства, потребности, комплекс моральных и этических норм. Позитивным изменением стали бы сюжеты, включающие точку зрения людей, страдающих психическими расстройствами, членов их семей или раскрытие опыта общественных деятелей и знаменитостей, которые на положительном примере могли бы показать — несмотря на психическое расстройство можно жить и добиваться поставленных целей (публикации такого характера преобладают в западной прессе).

Для профессионала совершенно недопустимо употребление вошедших в обиход уничижительных производных от слов, связанных с темой психиатрии, или профессиональных терминов (дурдом, психушка, глюки и т. п.).

В комментариях специалиста по конкретным случаям необходимо избегать диагностических выкладок, нарушающих

конфиденциальность информации о конкретном лице. В этих случаях возможно предъявление обобщенных сведений о роли психопатологии в поступках или правонарушениях. Принять международную практику отказа от психиатрических комментариев по поводу публичных фигур (политиков, видных деятелей науки, культуры и др.).

Необходимо пропагандировать через СМИ права и льготы людей с психическими заболеваниями, сообщать об организационных формах помощи людям с психическими расстройствами.

При подготовке материалов средства массовой информации должны помнить, что они могут либо укрепить стигму и непонимание окружающих к теме психических заболеваний или же они могут работать на то, чтобы обучать и просвещать общество.

Опыт внедрения модели «Клубный дом» в Бресте

*Хованская К. В.,
директор Брестского Клубного Дома «Калейдоскоп»
Кузьмич М. В.,
член Брестского Клубного дома «Калейдоскоп»*

Успешная апробация реабилитационной модели Клубный дом в Минске в 2011 и финансовая поддержка партнеров (Программа малых грантов Посольств США) позволили общественной организации «Белорусская ассоциация социальных работников» приступить к созданию сети Клубных домов в Республике Беларусь.

В ноябре 2015 г. ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» совместно с ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов» приступили к реализации проекта «Социальное пространство для людей с психическими проблемами: общественный диалог на республиканском уровне и в местных сообществах» при финансовой поддержке Программы малых грантов Посольства США. По результатам конкурса, проведенного в рамках проекта среди городских администраций, заинтересованных во внедрении новой социальной услуги для лиц с психическими заболеваниями, Брест был выбран первой площадкой среди регионов Республики Беларусь для создания Клубного дома.

В ноябре 2015, ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» выиграла конкурс в рамках государственного социального заказа на оказание социальных услуг: социально-психологической и трудовой реабилитации лицам, страдающим шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами, расстройствами настроения в г. Бресте. Государственным заказчиком выступило Управление по труду, занятости и социальной защите Брестского горисполкома, которое за счет средств бюджета предоставило субсидии на возмещение расходов на заработную плату сотрудников осуществляющих социально-психологическую поддержку людям с психическими заболеваниями в рамках программы Клубный дом в Бресте.

Согласно Закону от 22 мая 2000 года «О социальном обслуживании» целью государственного социального заказа является удовлетворение потребностей граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, в социальных услугах, повышение доступности и качества социальных услуг.

Задачами государственного социального заказа являются:

- оперативное решение наиболее значимых социальных проблем;
- развитие инновационных технологий социального обслуживания;
- расширение видов оказываемых социальных услуг;
- привлечение дополнительных материальных, финансовых и трудовых ресурсов в систему социального обслуживания.

В декабре 2015 года в целях приобретения опыта по организации работы в рамках модели Клубный дом специалисты Брестского Клубного дома прошли стажировку на базе Минского Клубного дома «Открытая душа». Первая организационная встреча с членами Брестского Клубного дома состоялась 30 декабря 2015 г. Сотрудники ГУ «ТЦСОН Ленинского района города Бреста» отобрали потенциальных членов Клубного дома среди клиентов своей службы. На встречу пришли 7 человек из числа лиц с психическими заболеваниями.

Информация о новой социальной службе распространялась через средства массовой информации, в социальных сетях и благодаря сотрудничеству с врачами-психиатрами учреждения здравоохранения «Брестский областной психоневрологический диспансер». Лечащие врачи на своих участках предоставляли пациентам информацию о Брестском Клубном доме «Калейдоскоп», условиях участия и особенностях в программе.

Руководствуясь Международными стандартами и принципами работы модели Клубный дом, входе совместных обсуждений, члены и сотрудники Клубного дома выбрали название — Клубный дом «Калейдоскоп», разработали логотип и информационный буклет, визитки.

С информацией о деятельности и новостями Клубного дома можно познакомиться в группах в социальных сетях:

- ВКонтakte (vk.com/brest_club_house),

- Facebook (facebook.com/clubhousekaleidoscope).

А также на сайте Брестского КД: www.bk-clubhouse.by, который был создан благодаря участию волонтеров, оказывающих поддержку в работе Клубного дома.

По результатам работы в течение года, Клубный дом «Калейдоскоп» насчитывает 34 члена, 2 сотрудника, 4 постоянных волонтера.

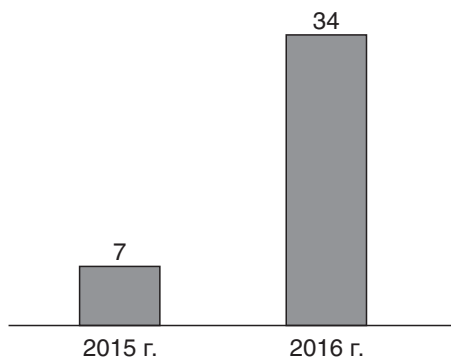


Рис. 1. Количество членов Клубного дома «Калейдоскоп»

Среди членов Клубного дома 16 мужчин и 18 женщин.

Количество членов Клубного дома с установленной группой инвалидности — 27 человек, без группы — 7 человек.

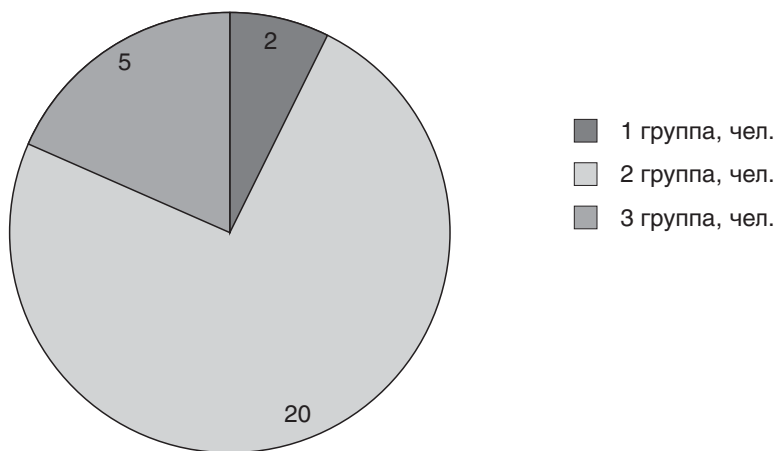


Рис. 2. Распределение членов клубного дома «Калейдоскоп» по группам инвалидности

Количество членов Клубного дома «Калейдоскоп» по группам инвалидности:

- первая группа — 2 человека;
- вторая группа — 20 человек;
- третья группа — 5 человек.

Возрастная категория членов Клубного дома «Калейдоскоп»:

- от 20 лет до 30 лет — 13 человек;
- от 31 года до 40 лет — 16 человек;
- от 41 года до 51 года — 2 человека.

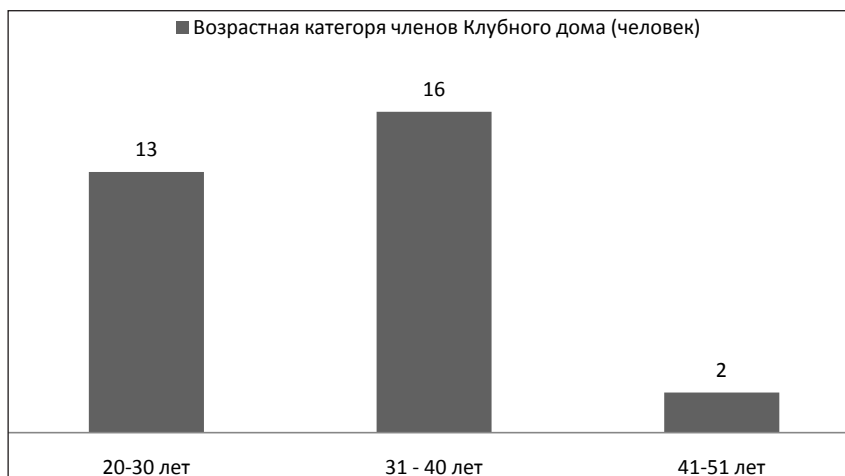


Рис. 3. Распределение членов Клубного дома по возрасту

Клубный дом работает с совершеннолетними гражданами, имеющими различные заболевания: эпилепсия, депрессия, расстройство личности, шизофрения.

Новые члены Клубного дома заполняют анкеты, где указывают контактную информацию, свою и родственников; информацию об инвалидности (при наличии); образование и трудовой стаж; предпочтения и увлечения. База данных членов Клубного дома в электронном виде находится в разработке. Все данные предоставляются добровольно с целью снижения уровня тревоги и недоверия среди новых участников. Недостающая информация добавляется по мере вовлечения человека в совместную деятельность.

Членами клубного дома являются люди с психическими расстройствами, находящиеся в стадии ремиссии. Сотрудники Клубного дома не несут ответственности за прием лекарственных средств, посещение лечащего врача членами Клубного дома, а только советуют соблюдать все рекомендации врача. В случае необходимости (плохое самочувствие, проявление агрессии) сотрудники рекомендуют человеку приостановить посещение Клубного дома. В крайнем случае, обращаются за помощью к родственникам или вызывают скорую помощь.

В Брестском Клубном доме «Калейдоскоп» работает шесть программ:

1. Программа упорядоченного рабочего дня;
2. Образовательная;
3. Досуговая;
4. Содействия в трудоустройстве;
5. Помощи в кризисных ситуациях;
6. Психообразовательная, для членов КД и их родственников.

Организована работа трех секций:

1. Офисная;
2. Кухонная;
3. Секция образования и содействия в трудоустройстве.

Программа упорядоченного рабочего дня. Работа — это то, вокруг чего строятся взаимоотношения в Клубном доме. Это основа взаимодействия и дружбы между членами Клубного дома, а также между членами и сотрудниками. Взаимоотношения, построенные вокруг общей работы, — одна из наиболее естественных возможностей общения взрослых людей. Работа, выполняемая в Клубном доме, всегда имеет конкретный смысл. Задания не имеют чисто символическое значение — их необходимо выполнять, иначе Клубный дом не сможет существовать. Немногочисленные сотрудники физически не могут самостоятельно выполнять всю работу в Клубном доме, поэтому совершенно естественно к ней привлекаются члены Клубного дома. Это способствует развитию чувства принадлежности, вовлеченности и гордости за свое участие в работе Клубного дома. Программа упорядоченного рабочего дня предполагает

выполнение работы в трех секциях. День начинается с рабочего собрания членов Клубного дома, на котором решается, кто, в какой секции, и какую работу будет выполнять. Задания выбираются добровольно каждым членом Клубного дома. Каждый решает сам, когда он готов работать, что он готов сегодня сделать и будет ли вообще сегодня работать. Один раз в неделю в Клубном доме проводится общее собрание, обсуждаются результаты проделанной работы, вносятся замечания и пожелания, корректируются планы на будущее.

Новичкам бывает трудно включиться в процесс деятельности Клубного дома. Задача сотрудников и постоянных членов Клубного дома состоит в создании дружественной атмосферы, в результате это новые участники постепенно адаптируются к новой обстановке. Работа построена таким образом, что вовлечение новичков происходит постепенно через выполнение несложных заданий. По мере усвоения новой информации и заинтересованности самого члена Клубного дома сотрудники привлекают его к выполнению более сложных заданий с учетом индивидуальных особенностей, талантов и желания самого члена Клубного дома. В целях постепенного вовлечения членов в рабочий процесс сложные задания разбиваются на более мелкие. Например, готовку обеда можно разделить на этапы: выбор блюда, закупка продуктов, подготовка рабочего места к приготовлению, готовка, сервировка стола, уборка помещения после приготовления. Это позволяет вовлекать большее число членов Клубного дома в совместную деятельность. Окончательной целью такого рода подхода является всестороннее развитие личности.

Образовательная программа включает в себя курс компьютерной грамотности, курсы «Этикет и стиль» и «Основы гигиены», художественные курсы, кружок рукоделия «Сделай сам», курс «Йога для начинающих», а также различные тренинги, лекции, развивающие игры, мастер-классы. При разработке курсов и кружков сотрудники ориентируются на интересы членов Клубного дома. Ведут курсы волонтеры, сотрудники и сами члены Клубного дома. Многие члены Клубного дома испытывают трудности с запоминанием новой информации в связи с особенностями и длительностью заболевания, характером самого человека, действием лекарственных препаратов и их побочными эффектами. Сотрудники организуют индиви-

дуальный подход к каждому участнику. Советуют делать записи, выполнять домашние задания. Для большей наглядности используют мультимедийные средства обучения, магнитно-маркерную доску.

Досуговая программа учитывает предпочтения членов Клубного дома и предложения отдельных лиц. Совместно отмечают дни рождения, посещаются музеи, выставки, концерты, театры, кинотеатры, парки. Помимо этого, члены Клубного дома активно участвуют в городских праздниках, выставках и ярмарках, международных семинарах. Клубный дом «Калейдоскоп» начал сотрудничать с объединением любителей театра «Калейдоскоп». Репетиции проходят в отдельном помещении на базе ГУ «ТЦСОН Ленинского района г. Бреста».

Программа содействия в трудоустройстве состоит из двух модулей: подготовительного этапа и содействия в трудоустройстве. Подготовительный модуль включает помощь в составлении и рассылке резюме, обучение навыкам поиска работы в интернете, подготовку к собеседованию с работодателем. Сотрудники рекомендуют по возможности стать на учет в качестве безработного в центр занятости. Модуль содействия в трудоустройстве предполагает поиск рабочего места для конкретного члена Клубного дома, помощь в оформлении необходимых документов, кон-сультацию нанимателя. Успех зависит от желания члена Клубного дома, его способностей, навыков, от его ответственного отношения к работе. Сотрудники Клубного дома постоянно поддерживают связь с трудоустроенными членами и их нанимателями.

За первый год работы Клубный дом оказал содействие в трудоустройстве трех человек. Один из членов Клубного дома, имеющий третью группу инвалидности, трудоустроен администратором в ГУ «ТЦСОН Ленинского района г. Бреста». Другой член, не имеющую группу инвалидности, трудоустроен курьером по раздаче листовок в контактный зоопарк, третий, имеющую вторую группу инвалидности, трудоустроен подсобным рабочим на швейное предприятие. В дальнейшем планируется более плодотворное сотрудничество с центром занятости целях более эффективной реализации программы трудоустройства.

Программа помощи в кризисных ситуациях предусматривает поддержку и посещение членов Клубного дома, находящихся в больнице, психологическую консультацию лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию. Члены Клубного дома, у которых схожие проблемы, обладают большим потенциалом в оказании взаимопомощи. Они делятся друг с другом опытом в преодолении различных жизненных ситуаций, не остаются равнодушными, общаются по телефону, ведут переписку в интернете.

Ведется работа с родственниками членов Клубного дома. Такая работа необходима, т. к. система помощи родственникам душевнобольных не развита, а добиться изменений в социальном функционировании человека с психическими расстройствами можно только при поддержке семьи. Родственникам оказывается психологическая, юридическая и информационная помощь. Их привлекают к активному участию в жизни Клубного дома. Многие родственники замечают положительное влияние Клубного дома на «детей». Поэтому родственники заинтересованы в непрерывной деятельности Клубного дома. Общее собрание родственников проводится один раз в два месяца.

Психообразовательная программа для членов Клубного дома и их родственников. В рамках данной программы был проведен круглый стол с врачом-психиатром на тему повышения уровня знаний о психических заболеваниях для членов Клубного дома и их родственников. В будущем предполагается более тесное сотрудничество с врачами-психиатрами из УЗ «БОПНД». Планируется ежемесячное проведение лекций в рамках психообразовательной программы для членов Клубного дома и их родственников на интересующие темы. Психообразование способствует стимуляции активной позиции членов Клубного дома в преодолении психического заболевания и его последствий, формированию ответственности за свое социальное поведение и выработке адекватной стратегии совладания с болезнью, восстановлению нарушенных из-за психического расстройства социальных контактов и повышению социальной компетентности. Планируется обучать членов Клубного дома самостоятельно отслеживать симптомы своего заболевания и замечать изменения в своем состоянии до того, как оно разо-

вается в острую форму, требующую дорогостоящего медицинского вмешательства.

С 10 по 16 октября 2016 г. Брестский клубный дом принял активное участие в недел психического здоровья, которая проводилась ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» в рамках проекта «Гражданская инициатива за права людей с психическими заболеваниями» и была приурочена Всемирному дню психического здоровья.

Целью мероприятия было повышение информированности о психическом здоровье, изменение отношения общества к людям с психическими расстройствами, преодоление стереотипов в обществе, а также разрушение внутренней стигмы у членов Клубного дома и их родственников.

В рамках недели психического здоровья при активном участии членов Брестского Клубного дома в г. Бресте прошли следующие мероприятия:

- информационная акция «StopStigma.by»;
- психологическая консультация для людей с психическими заболеваниями;
- круглый стол с врачом-психиатром в рамках психообразовательной программы на тему повышения уровня знаний о психических заболеваниях для членов Клубного дома и их родственников;
- просмотр фильма «Игры разума» и его обсуждение;
- участие в Международной акции LightUpPurple, «Освети мир фиолетовым»;
- флешмоб в поддержку информационной акции «StopStigma.by».

Брестский Клубный дом сотрудничает с учреждением здравоохранения «Брестский областной психоневрологический диспансер» (далее - Брестский психоневрологический диспансер), которое в свою очередь отмечает вклад Клубного дома в процесс реабилитации людей с психическими заболеваниями. В знак этого Брестский психоневрологический диспансер выразил благодарность Клубному дому «Калейдоскоп» в письме на имя начальника Управления по труду, занятости и социальной защите Брестского облисполкома от 29 ноября

2016 года следующего содержания: «Учреждение здравоохранения “Брестский областной психоневрологический диспансер” выражает благодарность за деятельность Брестского Клубного дома “Калейдоскоп”. В г. Бресте это единственное место вне стен лечебного учреждения, где организована социально-психологическая реабилитация людей с психическими расстройствами. Проводимые мероприятия в условиях Клубного дома “Калейдоскоп” являются важной составляющей лечебно-профилактической работы и способствуют улучшению психического состояния пациентов. Здесь пациенты имеют возможность для самовыражения, общения, находят поддержку и понимание. Интерес пациентов к такому виду реабилитации только начинает развиваться. За период существования Клубного дома “Калейдоскоп” его посещают 34 человека с психическими расстройствами. Врачи нашего учреждения высоко оценили совместную работу. Хотим отметить профессионализм, творческий и индивидуальный подход сотрудников в работе с людьми, страдающими психическими расстройствами. Выражаем надежду на продолжение успешного сотрудничества на благо наших пациентов. Надеемся, что в лице сотрудников “Калейдоскоп” мы можем рассчитывать на взаимопонимание и дальнейшую плодотворную работу».

Для оценки эффективной работы Брестского Клубного дома «Калейдоскоп» сотрудниками было проведено исследование эмоционального состояния членов Клубного дома.

Цель диагностики — выявление результативности работы Клубного дома «Калейдоскоп» в г. Бресте с помощью сравнения эмоционального состояния его членов за период работы с января по декабрь 2016 г. Использованы методы: «Методика глубины переживания одиночества» (С. Г. Корчагиной); опросник «Самочувствие, активность, настроение». Прошли диагностику все участники Клубного дома. Методики предоставлялись в период ознакомления с нашим проектом и через 2 месяца активного участия в работе Клубного дома. Результаты, полученные при проведении методики «Глубина переживания одиночества» показали, что посещение Клубного дома уменьшило уровень переживаемого одиночества у всех участников проекта.

Таблица 1.

Сравнение показателей глубины переживания одиночества

№ п/п	Глубина переживания одиночества	Количество человек	
		на начало посещения Клубного дома	через 2 месяца регулярного посещения Клубного дома
1	Человек не переживает сейчас одиночество	2	4
2	Неглубокое переживание возможного одиночества	4	10
3	Глубокое переживание актуального одиночества	7	5
4	Очень глубокое переживание одиночества, погруженность в это состояние	11	5

Сравнение результатов, полученных при проведении методики «Самочувствие, активность, настроение», показали улучшение психоэмоционального состояния членов Клубного дома «Калейдоскоп». На диаграмме мы можем наблюдать, что значительно улучшилось самочувствие и повысилась активность членов Клубного дома уже через два месяца участия в проекте.

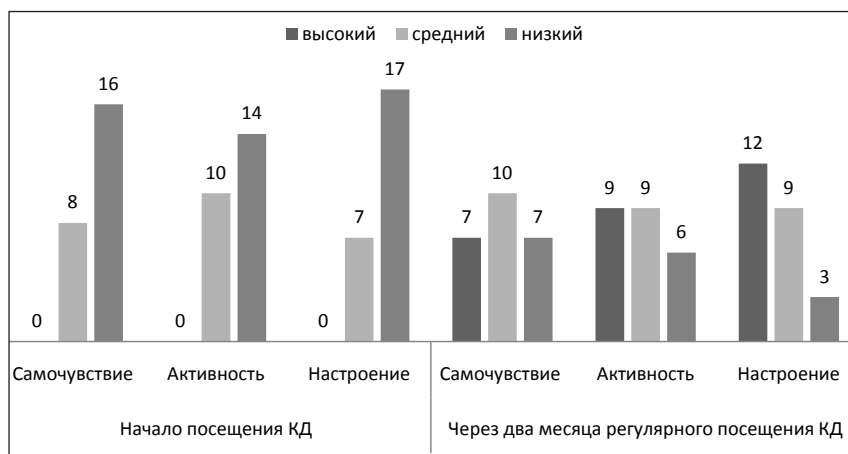


Рис. 4. Сравнение показателей психоэмоционального состояния членов Клубного дома

Проведенное исследование показывает эффективность работы Клубного дома «Калейдоскоп» в г. Бресте. Заметно значительное улучшение эмоционального состояния всех участников.

Не менее значимыми показателями эффективной работы «Клубного дома» являются отзывы самих членов Клубного дома и их родственников.

Мнения членов о Клубном доме «Калейдоскоп»:

- 1) «Мне нравится посещать Клубный дом. Добавились друзья. Девочка, которая сюда ходит, пришла ко мне на работу и рассказала о Клубном доме. Спасибо ей». Николай
- 2) «Мне очень нравится Клубный дом “Калейдоскоп”. Там очень весело. Нашла себе друзей, подруг, много чему научилась. Характер изменился. Много что делаем. Ходим в театры, кинотеатры, на выставки. Посещаем другие неплохие места и заведения. Организуем мероприятия, играем. Я не жалею о том, что сюда пришла. Все очень хорошо». Таня
- 3) «Мне очень нравится Клубный дом “Калейдоскоп” Там очень весело». Наташа
- 4) «Мы ходим в парк, музей, кинотеатр. Здесь мне очень нравится. Нашла новых друзей». Инна
- 5) «Я новенькая. Сюда начала ходить недавно. Здесь нашла приятное общение с доброжелательным коллективом. Очень много тех, которые могут и помочь мне, и что-то важное посоветовать в трудную минуту, секунду. Я не ожидала от судьбы, что когда-нибудь заведу таких надежных друзей, которые выслушают или дадут какой-то совет. В этом коллективе присутствует взаимопомощь». Юлия
- 6) «После автоаварии, сложной операции и получения инвалидности Клубный дом помог мне социализироваться, не замкнуться в себе». Ваня
- 7) «Я очень люблю Клубный дом “Калейдоскоп”. Прийти в него одним человеком и стать другим с помощью психологов. Впоследствии я и психологи стали очень хорошими друзьями. Общаюсь с людьми, учимся многому. Повторить и научиться новому. Клубный дом — это любимое место, куда я хожу. Пусть он развивается, и мы, члены Клубного дома, будем помогать ему в этом». Татьяна
- 8) «Клубный дом “Калейдоскоп” предоставил мне большие возможности. Я научилась радоваться жизни, не заикли-

ваться на мелочах, быть полезной кому-то. Клубный дом помог устроиться на работу. Происходит много приятных, интересных событий в моей жизни. Появилось общение с разными людьми, которого не хватало. Благодарю авторов проекта Клубного дома в Беларуси, а также наших сотрудников в г. Бресте». Мария.

- 9) «Моя дочь находится в Клубном доме с самого его открытия. Через 3 месяца были видны изменения в лучшую сторону. Общение с людьми, новые друзья, посещение театра, музеев, кино. А также многому научилась. Спасибо Клубному дому за помощь. Пусть он процветает и расширяет свои возможности дальше». Лидия Григорьевна, мама члена Клубного дома «Калейдоскоп».
- 10) «Лично для меня и моей дочери Клубный дом оказался спасательным кругом, который помог остаться на плаву. Клубный дом помогает проводить досуг, участвовать в различных интересных мероприятиях, дает возможность общения с другими членами Клубного дома. У моей дочери изменилось настроение в лучшую сторону, появился интерес к жизни. Человек в Клубном доме не остается один на один со своими проблемами, он имеет возможность обсудить волнующие его вопросы. Еще я очень благодарна сотрудникам Клубного дома в содействии в трудоустройстве моей дочери, т. к. ей сложно было найти работу. Клубный дом — отличная идея для социализации людей, страдающих психическими расстройствами». Татьяна Николаевна, мама члена Клубного дома «Калейдоскоп».
- 11) «Я рада, что мой сын посещает Клубный дом “Калейдоскоп”, что там царит атмосфера взаимопонимания, взаимовыручки, человеческого неравнодушного общения. Что можно научиться общаться и что отношения складываются такими, какими должны быть в семье. Алла Владимировна, мама члена Клубного дома «Калейдоскоп».

Реализация проекта «Социальное пространство для людей с психическими проблемами: общественный диалог на республиканском уровне и в местных сообществах» в г. Бресте показала высокую эффективность модели Клубный дом, которая основывается на Международных стандартах, имеющих долгую историю, и оказывает ощутимое влияние на активизацию собственных сил и развитие потенциала людей с психическими

расстройствами. Межличностное общение и успехи отдельных членов Клубного дома формируют у остальных мотивацию к оказанию самопомощи, открывают новые перспективы, желание быть в группе, работать на общий успех. Так же очевидно, что Клубный дом вносит значительный вклад в процесс социализации и адаптации своих членов в обществе.





Общественная организация
«Белорусская ассоциация социальных работников»

РЕЗОЛЮЦИЯ

Международной научно-практической конференции
«Социальное пространство для людей с психическими
заболеваниями: общественный диалог для реализации
Конвенции о правах людей с инвалидностью»
(8–10 декабря 2016 г., пос. Ждановичи, Беларусь)

В работе конференции приняли участие 50 специалистов, представивших научный и практический секторы в области оказания медико-социальной помощи людям с психическими нарушениями в Республике Беларусь, эксперты в области социальной психиатрии и реабилитации из Германии и Польши.

В работе конференции выступили с докладами и приняли участие в процессе их обсуждения следующие участники конференции:

Авин Александр Иванович — доцент кафедры общей и клинической психологии БГУ, кандидат медицинских наук;

Байкова Ирина Анатольевна — председатель правления Общественной организации «Белорусская ассоциация психотерапевтов», заведующая кафедрой психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук;

Давидовский Сергей Владимирович — доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, кандидат медицинских наук;

Демидова Диана Александровна — начальник управления социальной поддержки населения комитета по труду, занятости и социальной защите Мингорисполкома ;

Зборовский Константин Эдуардович — председатель правления Общественной организации «Белорусская ассоциация социальных работников», профессор кафедры социальной работы и реабилитологии ГИУСТ БГУ, кандидат медицинских наук;

Станиславчик Елена Анатольевна — исполнительный директор Общественной организации «Белорусская ассоциация социальных работников»;

Старинская Татьяна Александровна — депутат Палаты представителей Национального собрания, член Постоянной комиссии по труду и социальным вопросам;

Тарантей Виктор Петрович — заведующий кафедрой педагогики и социальной работы Гродненского государственного университета, доктор педагогических наук, профессор.

Katarzyna Boguszewska — директор Варшавского Клубного дома людей с психическими заболеваниями «Дом фонтана», член Коалиции в пользу психического здоровья (г. Варшава, Польша).

Knut Lehmann — эксперт по социальной политике в отношении людей с психическими заболеваниями и социальной психиатрии (Германия).

Theresa Holzapfel — директор Паритетного социального психиатрического центра (г. Мюнхен, Германия).

Vera Hahn — директор Мюнхенского Клубного дома людей с психическими заболеваниями «Ласточкино гнездо» (г. Мюнхен, Германия).

В работе конференции также приняли участие представители:

- психоневрологических диспансеров (г. Минск, г. Брест, г. Гродно, г. Витебск, г. Борисов);
- НИИ труда Министерства труда и социальной защиты;
- Управлений по труду, занятости и социальной защите г. Минска и г. Гродно;
- Белорусского общества красного креста;
- ОО помощи душевнобольным «Миноди» им. В. Бычкова;
- Общества потребителей психиатрических услуг;
- ОБЕО «Хэсэд Рахамим»;
- ОО «Белорусская ассоциация социальных работников».

На конференции были рассмотрены следующие вопросы:

- перспективы развития социальных услуг для лиц с психическими заболеваниями в Республике Беларусь;
- укрепление потенциала общественных организаций в сфере развития социального пространства для лиц с психическими заболеваниями;
- развитие межсекторного и межведомственного взаимодействия для реализации Конвенции о правах инвалидов;
- опыт Германии и Польши в области социальной политики в контексте Конвенции о правах инвалидов, межсекторного взаимодействия в реабилитации лиц с психическими заболеваниями, определения потребностей и формирования услуг для лиц с психическими заболеваниями, место Клубных Домов в системе охраны психического здоровья.

В процессе обсуждения вопросов повестки дня участники конференции выработали рекомендации, нацеленные на повышение уровня оказываемых медико-социальных услуг лицам с психическими нарушениями, а также повышение уровня социальной защищенности данной категории лиц.

Рекомендации конференции:

Участники научно-практической конференции «Социальное пространство для людей с психическими заболеваниями: общественный диалог для реализации Конвенции о правах людей с инвалидностью», руководствуясь нормами Конвенции о правах инвалидов (далее — Конвенция), признают необходимость изменения ситуации в отношении оказания поддержки людям с психическими заболеваниями и обращаются к представителям органов власти, обладающим компетенциями в принятии решений, научному сообществу, бизнес-структурам и гражданскому обществу, отмечая, что:

- на сегодняшний день социально-психологическая поддержка и реабилитация людей с психическими заболеваниями в Беларуси сконцентрирована в крупных медицинских центрах и психоневрологических домах-интернатах;
- содержание пациентов в больницах и домах-интернатах требует больших материальных затрат;

- отсутствует полноценная система оказания поддержки по месту жительства с учетом реальных потребностей людей с психическими заболеваниями;
- слабо развита система профессиональной и трудовой реабилитации;
- существующие в обществе стереотипы в отношении людей с психическими заболеваниями препятствуют полноценному включению их в жизнь общества, а также полноценной реализации прав и достоинств личности.

В отношении стратегии выхода из сложившейся ситуации участники конференции полностью поддерживают положения задачи 6 **«Улучшение психического здоровья»**, изложенные в «Основах политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ», где, в частности, еще на начало XXI в. отмечено, что: «К 2020 г. следует обеспечить улучшение психосоциального состояния людей и наличие комплексных служб, которые будут оказывать помощь людям, имеющим проблемы, связанные с охраной психического здоровья. Это предполагает:

6.1. Значительное сокращение распространенности и неблагоприятного воздействия психических расстройств и предоставление людям возможности справляться с жизненными обстоятельствами, вызывающими стресс».

При этом в той же задаче отмечено, что: «Большинство крупных психиатрических больниц, все еще существующих в восточной части Региона (в том числе Беларуси — выделено нами), следует заменить хорошо сбалансированной системой психиатрических палат неотложной помощи и расположенными в общинах службами; улучшение в этих двух областях представляет собой важную задачу практически для всех государств — членов Региона».

Участники конференции осознают сложность задач, подлежащих решению, сами трудятся во многих коллективах, работа которых направлена на решение задач психического здоровья, в широкой сети государственных учреждений и развивающихся общественных структурах и в то же время обращают внимание на первостепенные задачи, в решении которых могли бы принять более активное участие и другие коллективы, представленные

участниками конференции, исходя из их опыта и компетенции, посредством сотрудничества с государственными организациями, определяющими социальную политику в этой сфере.

Участники конференции считают, что в рамках интеграции усилий государственных и общественных организаций в сфере поддержки лиц, страдающих психическими заболеваниями, целесообразно:

1. Разработать Государственную программу социальной поддержки лиц, страдающих психическими заболеваниями и иными тяжелыми нарушениями, в соответствии с принципами Конвенции, предусмотрев, среди иных мер, объявляемых Конвенцией, создание:

- **системы** подготовки, переподготовки, определение компетенций и оплаты труда специалистов, способных выполнить требования Конвенции, относящиеся к лицам с психическими и иными тяжелыми нарушениями;
- **научно-практического центра** Министерства труда и социальной защиты, способного выполнять научные исследования по совершенствованию социальной защиты населения в рамках социально эффективной реабилитации необходимых контингентов и международного сотрудничества;
- **областных** организационно-методических структур социальной защиты и реабилитации социально незащищенных контингентов.

2. Создать площадки для диалога и взаимодействия сторон, заинтересованных в реализации Конвенции (потребители услуг, общественные объединения, государственные учреждения, коммерческие структуры, местные органы власти и др.);

3. Предоставить возможность для представителей членских организаций людей с психическими заболеваниями выступать в качестве экспертов при разработке мер по реализации положений Конвенции о правах инвалидов и контролю за их исполнением;

4. Создать независимый институт защитников прав пациентов психиатрических учреждений и лиц, проживающих в психоневрологических домах-интернатах;

5. Разработать систему ответственности за дискриминацию людей с психическими заболеваниями во всех сферах жизни

общества в рамках Конвенции (право на труд, право на семью, право в области страхования и т. д.);

6. Организовать информационную работу по просвещению населения о положениях Конвенции с участием людей с инвалидностью, в том числе людей с психическими заболеваниями;

7. Стимулировать межведомственное и международное взаимодействие с целью повышения качества жизни людей с психическими заболеваниями и эффективной реализации реабилитационных мероприятий, в том числе через создание координационных Советов на республиканском, областном, районном уровнях;

8. Расширить составы МРЭК должностями специалистов по социальной реабилитации, обеспечивая выполнение социальных разделов индивидуальной программы реабилитации;

9. Обеспечить полноправное участие людей с психическими заболеваниями в процессе разработки и выполнения индивидуальной программы реабилитации, а также обеспечить регулярный мониторинг результатов ее реализации;

10. В реабилитационной практике активнее внедрять Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья;

11. Создать сеть ресурсных, социально-психиатрических центров, оказывающих реабилитационные услуги и социальную поддержку, содействующих трудоустройству людей с психическими заболеваниями с использованием лучших международных практик;

12. Инициировать внедрение системы сопровождаемого и совместного проживания вне рамок закрытых учреждений;

13. Инициировать разработку модели конечных результатов и стандартов качества оказываемых социальных, социально-реабилитационных услуг для людей с психическими заболеваниями, а также обеспечение контроля за их выполнением, включение показателей в государственную статистическую отчетность;

14. Внедрить в систему государственного социального заказа потребительскую субсидию в форме социального ваучера;

15. Развивать государственно-частное партнерство в сфере оказания услуг людям с психическими заболеваниями;

16. Способствовать вовлечению общественных и коммерческих структур в решение вопросов социальной защиты, помощи и трудоустройства людей с психическими заболеваниями, в том числе через создание системы реально действующих льгот для нанимателей и субъектов, оказывающих благотворительную помощь;

17. Ввести в штатные расписания ТЦСОН, реабилитационных центров и домов-интернатов практико-ориентированную модель специалиста по социальной реабилитации под реализацию положений Конвенции о правах инвалидов;

Резолюция принята 10 декабря 2016 г. в агрогородке Ждановичи, Беларусь, участниками международной научно-практической конференции «Социальное пространство для людей с психическими заболеваниями: общественный диалог для реализации Конвенции о правах людей с инвалидностью».

Председатель правления ОО БАСР
профессор кафедры социальной работы
и реабилитологии ГИУСТ БГУ

К.Э. Зборовский

Исполнительный директор
ОО «Белорусская ассоциация
социальных работников»

Е. А. Станиславчик

Станиславчик Елена Анатольевна,
e-mail: director@basw-ngo.by

Содержание

Введение	3
Реабилитация на уровне местного сообщества в контексте реформ в области психического здоровья. <i>Станиславчик Е. А.</i>	6
Оценка правовой ситуации в Республике Беларусь в сфере психического здоровья с учетом Конвенции о правах инвалидов. <i>Павлоградский В. Н.</i>	21
Создание системы социальной поддержки лиц с психическими заболеваниями в Республике Беларусь. <i>Каратерзи В. А.</i>	31
Систематический обзор результатов исследований модели социально-психологической реабилитации «Клубный дом». <i>Рыбчинская О. А.</i>	41
Стигматизация людей с психическими заболеваниями. <i>Байкова И. А., Давидовский С. В.</i>	56
Освещение вопросов психического здоровья в СМИ. <i>Шишло О. П.</i>	69
Опыт внедрения модели «Клубный дом» в Бресте. <i>Хованская К. В., Кузьмич М. В.</i>	77
Резолюция Международной научно-практической конференции «Социальное пространство для людей с психическими заболеваниями: общественный диалог для реализации Конвенции о правах людей с инвалидностью» (8–10 декабря 2016 г., а. г. Ждановичи, Беларусь)	91

Для внутреннего пользования.
Для участников семинаров и конференций
Общественной организации
«Белорусская ассоциация социальных работников»

Подписано в печать 24.01.2017. Формат 60×90 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 6,25. Уч.-изд. л. 4,4. Тираж 350 экз. Заказ 2633.

Общество с дополнительной ответственностью «Новапринт».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя
и распространителя печатных изданий № 2/54 от 25.02.2014.
Ул. Геологическая, 59, к. 4, к. 10, 220138, Минск.

Для заметок

Для заметок