

## Теоретико-практически модел на клинична социална работа при социална рехабилитация и ресоциализация в общността на лица с психични разстройства

Симеон Сапунджиев

**Резюме:** Статията е посветена на психосоциалната рехабилитация при лица с психични разстройства. Разглеждат се теоретичните предпоставки на рехабилитацията и ресоциализацията, както и необходимото им значение при възстановяване от психична болест. Описан, разгледан и анализиран в дълбочина е пример за добра практика на социална услуга, предназначена за психосоциална рехабилитация на лица с психични разстройства. Представена е и функционираща програма за мобилна клинична социална работа.

**Ключови думи:** психосоциална рехабилитация, ресоциализация, социални услуги за лица с психични разстройства, Дневен център, Защитено жилище, мобилна клинична социална работа

## Theoretical-Practical Model of Clinical Social Work in Social Rehabilitation and Resocialization in the Community of Persons with Mental Disorders

Simeon Sapundzhiev

**Abstract:** The article is devoted to psychosocial rehabilitation for individuals with mental disorders. Theoretical assumptions of rehabilitation and resocialization are view, also and their importance in recuperate from mental illness. Described, discussed and analyzed in depth is an example of good practice of social service designed for psychosocial rehabilitation of persons with mental disorders. Presented is a functioning program for mobile clinical social work.

**Key words:** psychosocial rehabilitation, resocialization, social services for people with mental disorders, day center, sheltered home, mobile clinical social work

### Въведение

Специалистите социални работници общуват и работят с множество клиенти, различни по възраст, социален статус, пол, етнически произход, здравословно и психическо състояние и много други, но въпреки всичко съществува нещо, което обединява всички – това е нуждата им от квалифицирана и професионална помощ от страна на социалните работници, от специализирана работа, от чисто човешко разбиране, активно проявяване на емпатия и подкрепа, от осигуряване на социално-психологическа помощ за хората, намиращи се в затруднено емоционално или финансово положение, в житейска аномия,

заболели, безработни, възрастни хора, хора с увреждания, социално слаби и семействата с деца.

Целта на настоящата статия е да представи не само един теоретичен, но и практически функциониращ модел на психосоциална рехабилитация на лица с тежки психични разстройства в столичен комплекс за специализирани социални услуги.

### **Теоретична обосновка на модела за психосоциална рехабилитация и ресоциализация**

Пълноценното социално функциониране на лицата с тежки психични разстройства изисква много повече от медикаментозно или болнично лечение. Дори медицинските специалисти вече са убедени в необходимостта и важноста на психосоциалната рехабилитация като единствен основен и най-важен път за реинтеграция на лицето с психично разстройство в обществото. В това русло се развива и понятието за дефиниране на психично здраве според Световната здравна организация. То е „състояние на благополучие, при което индивидът реализира своите способности, може да се справи с обичайните житейски стресови ситуации, в състояние е да работи продуктивно и плодотворно, допринасяйки за общността“ (по: Hermann, H. and all, 2004, p. 12). Психичното здраве е свързано с повишаването на компетентността на личността и позволява постигане на поставените от самата нея субективни цели. Не само житейската посока е субективно определена, а и цялостното понятие за психичното здраве включва субективно преживяване на благополучие, субективна преценка за собственото ниво на ефективност, автономност, компетентност, преценка за степента на зависимост между поколенията и усещане на способността за реализиране на собствения интелектуален и емоционален потенциал (Германов, Д., 2006). Именно високата степен на субективизъм при диференциране на психично здраве от психична болест подлага на съмнение всички изведени

обективни медицински и немедицински критерии и повишава безкритичността на пациентите към състоянието им, както и недоверието им към психиатрите и клиничните социални работници. При все това здравето е динамично, а не статично състояние, то е моментното „състояние“ на организма, но и „процес“ (Колева, Н., 2006, с. 87).

„Социалните умения на пациентите са точно отражение на социалното им функциониране и благополучие“ (Либерман, Р. и кол., 1999, с. 33). Авторът отговаря изключително ясно и на въпроса защо психиатричните пациенти се нуждаят от социална рехабилитация. Това е така, защото на тях им липсват социални умения. Причините за това могат да бъдат няколко. На първо място лицата с психични разстройства може въобще никога да не са се научили да изразяват емоциите си особено ако са отключили психичното си разстройство в по-ранна възраст или въобще не са имали възможността да наблюдават адекватен ролеви модел, например в семействата, при които психичните разстройства са потомствени поколения назад. Самото боледуване също води до загуба на социална компетентност, която може да бъде много по-тежка и по-инвалидизираща от симптоматиката и когнитивния дефицит на самото заболяване. Животът в стресова среда също води до обедняване на социалната компетентност. Множеството житейски несгоди и травматични събития могат да влошат когнитивната преработка, да предизвикат тревожност и депресия, които от своя страна пречат на „спонтанността в социални ситуации“ (пак там, с. 24). По време на дълготрайното възстановяване от психическата криза е възможно общността да се промени толкова, че възприетият модел на социални интеракции от субекта вече да бъде неадекватен в актуалната социална ситуация, а поведението му нелепо, смешно и напълно дезадаптивно.

Според Световната здравна организация като цяло рехабилитацията е „процес, с който се цели профилактика на предотвратима инвалидност, в периода на лечение на заболяванията и подпомагане на хората с трайни увреждания за

постигане на максимална физическа, психическа, професионална, социална и икономическа пълноценност, на която те са годни в рамките на съществуващото заболяване или телесен недъг“ (по: Костадинов, Д., 1982, с. 36). При лицата с психични разстройства е именно социалната рехабилитация (пак там). Самият процес на рехабилитация се осъществява между субекта – специалист и обекта – клиент. Той е многопрофилен, включва подбрана съвкупност от подходящи дейности на редица сфери като медицина, педагогика, психология и др. (Колева, Н., 2006, с. 91). В една своя студия Н. Колева разглежда рехабилитацията като „самостоятелен раздел от медицинската наука“ и заедно с профилактиката и терапията се счита „като третата фаза на здравеопазния процес“. За първи път това понятие е въведено от Busque и Torro още през 1865 година в Мадрид. От тогава до сега в различните държави и през различните периоди рехабилитацията е определяна по различни начини (пак там, с. 88).

Психосоциалната рехабилитация и ресоциализация са насочени към отхвърлени и маргинализирани поради една или друга причина членове на нашето общество. Социалната рехабилитация е „комплексно и целенасочено използване на медицински, социални, образователни и трудови мерки с цел приспособяване на болни и инвалидизирани към дейности на максимално за тях равнище“ (Ачкова, М., 2001, с. 180). Друго определение пък дефинира социалната рехабилитация като „комплекс от мероприятия по оптимизиране и преобразяване живота на хронично болния инвалидизиран човек за постигане на максимална пълноценност жизненост и удовлетвореност чрез рационално трудоустройство, професионално обучение и преквалификация“ (пак там). Целта на психосоциалната рехабилитация е подобряване качеството на живот на хората, страдащи от последствията на психични разстройства, и ресоциализирането в социалното им обкръжение (Ачкова, М., 2001, с. 182).

Принципите на психосоциална рехабилитация са всеобхватност и последователност. Те са свързани с клиничните фази – първата е на срив

(психиатрична криза), през втората следва стабилизиране (започване на лечение и постигане на относителна ремисия) и третата е стабилност (наличие на трайна ремисия и отсъствие на психиатрична симптоматика, благодарение на които е възможно да се осъществява социалната рехабилитация).

Според Н. А. Перинская ресоциализацията е процес на усвояване от индивида на социални норми и културни ценности, неусвоени или недостатъчно усвоени преди или повторното им обновление за доразвитие (Перинская, Н., 2005, с. 161). Тя съдържа в себе си знания, умения, ценности и норми за нормалното функциониране на индивида в обществото, които трябва да бъдат усвоени. Ресоциализацията се извършва основно чрез „интензивно взаимодействие“ на клиента със специалиста (пак там).

От няколко десетилетия вече е категорично отречена концепцията за отделяне на психично болните от обществото, настаняването им в институции от затворен тип, продължителното им задържане без нужда в лечебни заведения или в собствените им домове от собствените им семейства. Съвременните социални институции за лица с психични разстройства вече са под формата на социални услуги, разположени в общността, в естествената среда за живот на всеки от нас, независимо дали са от резидентен тип или дневни. Освен с чисто пространственото местоположение съвременните социални услуги се отличават и с отношението към клиентите. Да, те вече са „клиенти“ или „потребители“, а не „пациенти“. С тях преимуществено работят висококвалифицирани специалисти като клинични социални работници и психолози, а не медицински лица. Проявленията на психичната болест вече не се възприемат като каприз и не биват наказвани с „възпитание“ под формата на насилие, а се прилага клиент-центриран подход на работа съобразно клиентските потребности, спазвайки стриктно изборите и предпочитанията на всеки конкретен потребител.

Честотата на отключване на психични разстройства сред населението на държавите в световен мащаб не е идентична, тъй като в редица случаи „е в пряка

зависимост от социално-психологическите фактори“, които, разбира се, са различни за всяка страна (Витанова, Н. и кол., 2011, с. 82). Не съществува социална прослойка, която да е напълно предпазена от риска за възникване и развитие на психични разстройства, но статистически рискът е много по-голям за бедните, бездомните, безработните, хората с ниско образование, жертвите на насилие и инциденти, емигрантите и незаконно пребиваващите, малцинствата, жените, с които е злоупотребявано, negliжираните деца и възрастните. С развитието на разбирането на хората за тези отношения на взаимозависимост започва да става все по-очевидно, че психичното здраве е крайъгълният камък за благополучието на субекта в частност и на обществото като цяло.

Психичните болести имат много аспекти. Биологичният, който се повлиява от медикаменти, е само един от тях. По време на възстановяването и ресоциализирането в общността е необходимо преимуществено да се вземат предвид и останалите – психологичен и социален. Това може да се случи при наличието на екипна работа. А именно мултидисциплинарен екип, състоящ се от клиничен социален работник, психиатър, психолог, трудотерапевт. Заедно с клиента тези специалисти би следвало да изготвят, а впоследствие и осъществят индивидуален план от грижи, съобразен с потребностите и възможностите на съответния клиент (Германов, 2006). Подобряването на психичното здраве и психосоциалното благосъстояние са важни компоненти в цялостния процес на повишаване на общия здравен статус на населението.

Рехабилитацията е дългосрочно управление на симптомите на заболяването и пълния спектър от техните последствия с цел да се намалят или елиминират породените от тях увреждания. Основната цел на психосоциалната рехабилитация е подобряване на качеството на живот на хората, страдащи от последствията на психичните разстройства. Намаляването на увреждането и стигматизиращото отношение, заедно с превенцията на потенциалните повторни влошавания, са рехабилитационни задачи подобряващи качеството на живот.

К. Риф изготвя и предоставя следните шест компонента на успешното социално функциониране (по: Ганева, З., 2010, с. 83). На първо място това е *себеприемането* или иначе казано „нагласата и умението на личността да открие и приеме своите силни и слаби страни“. То е следвано от *наличие на цел в живота* – тя придава смисъл, посока, усещане за целеустременост и реализация на намеренията на всяка личност. Третият компонент на успешното социално функциониране е *личностното израстване* – това е усещането, че заложите и възможностите на личността се реализират във времето в максимална степен, включвайки идеите за непрекъснато развитие, за учене през целия живот, отвореност към знанието и опита, приемане на нови предизвикателства и задачи, различни от тези в предишните периоди от живота. *Независимостта* също е компонент на социалното функциониране и е свързана с това до колко субектът успява да запази своята уникалност и да отстоява своя Аз-образ в социалната среда на непрестанно взаимодействие с общността. Предпоследният компонент е *установяването на позитивни взаимоотношения с другите* – това включва установяване и поддържане на междуличностни взаимоотношения на близост, топлина и взаимно доверие със значимите други. Шестият компонент е умението за *справяне с ежедневните предизвикателства* или, иначе казано, това как субектът реагира, осмисля и обработва всичко, което му се случва в ежедневието, какви житейски избори прави и как осъществява своето личностно развитие по житейския си път (пак там).

### Практическа част на модела за психосоциална рехабилитация и ресоциализация

В практически план клиничният социален работник трябва да локализира взаимоотношенията си с клиента в три основни аспекта: да осъществи стабилна връзка, да се стреми да получи безрезервното му доверие, както и да проявява лични чистосърдечни чувства и емпатия, разбиране и приемане, предоставяне на

право на избор и уважаването му. Клиентът трябва да желае и да чувства необходимост да разговаря с клиничния социален работник в ролята му на водещ на случай, да не се притеснява и да е убеден, че с него може да говори за всичко, да споделя своите болестни симптоми – халюцинации, налудни идеи или чисто житейски чувства, мисли, опасения, проблеми или неуспехи. В професионалната комуникация клиничният социален работник трябва да съблюдава актуалното психично състояние на клиента, а също и различните характеристики и особености на неговата клинична диагноза.

От общуването си със социалния работник клиентът трябва да получава удовлетвореност и полза. Потребителят трябва да има желание и да търси своя водещ на случай. Затова добрият клиничен специалист фино балансира между формалното и неформалното, между вербалното и невербалното общуване. Клиентът с психично разстройство трябва да знае и да чувства винаги, че ще бъде разбран и ще получи адекватна, квалифицирана помощ, съдействие, подкрепа и разбиране от страна на клиничния социален работник.

### ***Социални услуги в общността – пример за добра практика***

Както вече стана дума, настояща, а и модерна бъдеща тенденция е социалната рехабилитация да се осъществява под формата на социални услуги в общността. Но какво всъщност означава социална услуга – това е „съвкупност от дейности, които подпомагат и разширяват възможностите на лицата да водят самостоятелен начин на живот, извършваща се в общността или в специализирани институции“ (Национална програма „Социални услуги в семейна среда“, АСП, 2008 г.). Социални услуги могат да се организират и предлагат от държавата, общините, български или чуждестранни физически или юридически лица. Социалните услуги в общността са : Дневен център (Дневен център за деца и/или възрастни хора с увреждания; Дневен център за възрастни хора с увреждания – седмична грижа; Дневен център за деца с увреждания – седмична грижа; Дневен център за стари хора); Център за социална рехабилитация и



интеграция; Социален учебно-професионален център; Звено „Майка и бебе“; Център за обществена подкрепа; Център за работа с деца на улицата; Приемна грижа; Обществени трапезарии. Съществуват и социални услуги, в които клиентите освен професионална грижа получават и убежище. Социални услуги в общността от резидентен тип са: Център за настаняване от семеен тип (Център за настаняване от семеен тип за деца/младежи без увреждания; Център за настаняване от семеен тип за деца/младежи; Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с психични разстройства или деменция; Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с физически увреждания; Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с умствена изостаналост; Център за настаняване от семеен тип за стари хора); Център за временно настаняване; Кризисен център; Преходно жилище; Защитено жилище (Защитено жилище за хора с психични разстройства; Защитено жилище за хора с умствена изостаналост; Защитено жилище за хора с физически увреждания); Наблюдавано жилище; Приют (МТСП, Социални услуги в общността, 2017).

Социалните услуги в общността най-често са държавно делегирани дейности – финансирани от държавния бюджет чрез общините, които от своя страна имат за задача да организират и да осъществяват мониторинг на социалните услуги на своята територия. Най-често общините пък от своя страна предпочитат да ангажират с предоставяне на социални услуги специализирани в областта си неправителствени организации, които да работят непосредствено с клиентите.

Психиатричните услуги в общността представлява пакет от лечебни, рехабилитационни и социални услуги, които заместват традиционното диспансерно лечение, чрез свободата за избор на лекуващ психиатър с амбулаторна практика и използване на социално-рехабилитационни услуги. Те включват нови модели на работа за психологическа подкрепа и консултиране, както и обучение в умения за независим живот и справяне със симптоматиката на болестта.

### ФОНДАЦИЯ „ГЛОБАЛНА ИНИЦИАТИВА В ПСИХИАТРИЯТА – СОФИЯ“

В следващите няколко страници ще представя модела на функциониране на една столична социална услуга, в качеството ѝ на пример за добра практика. Фондация „Глобална инициатива в психиатрията“ е международна организация с нестопанска цел, работеща в името на популяризиране на хуманна, етична и ефективна психично-здравна грижа в световен мащаб. Първоначално през 1980 г. възниква под името „Женевска инициатива в психиатрията“, но поради международния си обseg на дейност впоследствие прецизира своето наименование. Състои се от международен офис в Холандия и мрежа от регионални центрове (Federation Global Initiative on Psychiatry – Members of the Federation, 2004).

Фондация „Глобална инициатива в психиатрията – София“ е създадена през декември 2004 година като регионален офис на Фондация „Глобална инициатива в психиатрията – Холандия“ за България и страните от Югоизточна Европа. Оттогава до днес, черпейки от богатия опит на холандската фондация, българският клон работи активно за реформиране на психично-здравната система и повишаване качеството на живот на хората, живеещи с психична болест в региона. Или както гласят организационните цели: „Всеки човек трябва да има възможност да реализира своя потенциал независимо от личните си проблеми или житейски обстоятелства, всяко общество съответно, има специален дълг да се бори със стигмата и дискриминацията срещу хората с психични заболявания и/или интелектуални затруднения, или история на лечение, или рехабилитация и да развива цялостна, интегрирана система, предоставяща етични, хуманни и индивидуализирани грижи, подкрепа и рехабилитация, една прогресивна система от грижи насърчава отношения на взаимно уважение между тези, които ползват грижите и онези, които ги предоставят, защитава правата на потребителите и етичната автономност на специалистите, улеснява въвличането на потребителите, техните семейства и другите заинтересовани в

процеса на застъпничество и подобряване на качеството на грижите, отчитайки, че тези стремежи навсякъде остават несбъднати и че правата и потребностите на хората с психична болест или интелектуални затруднения са особено уязвими към посегателства и negliжиране, мисията на Глобална инициатива в психиатрията – София е да утвърждава хуманна, етични ефективна психично здравна грижа в света и да подкрепя развитието на глобална мрежа от индивиди и организации в осъществяването на необходимите реформи; за постигане на целите си работи в посока осигуряване на възможност за психично благополучие на всички индивиди в обществото, като осъществява както дейности, насочени към групи в риск от социално изключване: хора с психично-здравни проблеми и техни близки; имигранти; хора в напреднала възраст; представители на малцинствени групи; хора, живеещи в бедност или социална изолация; самотни майки, маргинализирани общности и др., така и дейности по промоция на психично здраве и превенция на психично-здравни проблеми, насочени към общността като цяло с фокус към юноши и младежи“ (Портал за психично здраве. Фондация „Глобална инициатива в психиатрията – София“, 2004).

Фондация „Глобална инициатива в психиатрията – София“ разработва проекти, които допринасят за развитието на всички аспекти от психично-здравната система включително:

- деинституционализация и трансформиране на институционалната грижа;
- овластяване на потребителите, техните близки и професионалистите;
- участие в развиването на политики и застъпничество;
- разработване на антистигма и информационни кампании за хората с психична болест;
- изграждане на капацитет и обучение на професионалисти (пак там).

## **КОМПЛЕКС ЗА ПСИХИЧНО-ЗДРАВНИ УСЛУГИ В ОБЩНОСТТА (КПЗУО) – СЛАТИНА**

Единствено българският клон на Фондация „Глобална инициатива в психиатрията“ е ангажиран, и то приоритетно, с предоставяне на социални услуги в общността за лица с психични разстройства. Това се осъществява чрез Проект „Изграждане на комплекс за психично-здравни услуги в общността в град София“, осъществяван с финансовата подкрепа на Европейския съюз по Програма „ФАР“ и съфинансиран от българското правителство.

Мисията на комплекса е осигуряване на социална подкрепа в общността по начин, намаляващ рисковете от отхвърляне, изолация, зависимост, злоупотреба, инвалидизиране и преждевременна смърт, свързани с психичната болест и боледуването (Комплекс за психично-здравни услуги в общността – Слатина, 2009). Той се състои от следните обособени служби:

1. Дневен център
2. Защитено жилище
3. Програма „Активна грижа“
4. Информационна линия за сферата на психичното здраве
5. Обществена пералня „Зелена“.

### ***Модел на психосоциална рехабилитация в КПЗУО – Слатина***

В Комплекса работата с клиенти е структурирана според биопсихосоциалния и психодинамичния подход. Практическият модел на психосоциална рехабилитация в Комплекса се състои основно от два вида програми – индивидуални и групови. Индивидуалната работа се състои в класическото водене на случай по методите на Ониът – „ангажиране със случая, изграждане на връзка, оценка, планиране, осъществяване на интервенции в средата и потребителя“ (Ониът, С., 1999, с. 120). При работата си с хронично болните лица с психични разстройства специалистите от Комплекса винаги се стараят да проявяват „ново отношение“ към страданието на клиентите си, емпатийни са,

демонстрират уважение и разбиране към „чувствата, емоциите и вътрешния им мир“ на потребителите (Боянова, В., 2002, с. 113). При работата по случай винаги се залага на топло отношение, безрезервно приемане, разбиране, уважение на личния избор и преимуществено изграждане на лична връзка с водещия на случая.

От друга страна, груповата социална рехабилитация в Комплекса може да бъде диференцирана на две части – структурирани и неструктурирани групови програми. Структурираните програми са по методика на Либерман и включват групи за социални умения, обучение в лекарствена терапия и симптоми на психичните разстройства, намиране и задържане на работа (по: Либерман, П. и кол., 1999, 84–85). Неструктурираните групи са с развлекателна насоченост, като при тях водеща роля имат желанията и предпочитанията на самите клиенти. Осъществяваните срещи са под формата на арт-клуб, театрален клуб, клуб по сръчности, кино клуб, клуб здраве, клуб за любопитни теми, компютърен клуб, фотоклуб, клуб за готвене и групи за взаимно обучение по английски и италиански език, както и социален клуб, с изнесени посещения на културни и арт събития. Основни части от социалното включване на лицата с психични разстройства в обществото са тяхното овластяване и осигуряване на трудова заетост. В КПЗУО – Слатина се работи по проект за овластяване (предоставяне на правата на пълноправни граждани) на потребителите чрез отпадане на института на запрещението и заменянето му с мрежа от доверени близки хора за подкрепено вземане на решения благодарение на Законопроект за физическите лица и мерките за подкрепа (Народно събрание на Република България, Законопроекти, 2016). В службата се работи активно и по проект, свързан с подкрепата на клиентите при намиране и задържане на работа отново като част от пълноценния им граждански живот в общността.

### *Дневен център*

Дневният център е държавно делегирана дейност, финансирана изцяло от държавата, чрез Столична община, като потребителите на социалната услуга трябва да заплащат ежемесечно държавна такса в размер на 30% от дохода си, ако се хранят в социалната услуга, или значително по-ниска такса, ако само използват програмите на центъра. В момента социалната услуга се предоставя на около 50 клиенти, като това е два пъти броят на предвидените бенефициенти по методика на Агенцията за социално подпомагане. Броят на желаещите да се възползват от услугите на центъра непрекъснато нараства. В момента в гр. София има едва два Дневни центъра за възрастни с психични разстройства, с недостатъчен общ капацитет, в сравнение с всички нуждаещи се. Професионалистите, които работят в социалната услуга, са клинични социални работници, психолог и арт терапевт. Биопсихосоциалният „модел на отношение към болния“ (Боянова, В., 2002, с. 116) предполага работа в мултидисциплинарен екип, въпреки че Дневният център нито по методика, нито по финансиране може да разполага с такъв. Затова професионалистите от Дневния център в ж.к. „Слатина“ работят в тясно сътрудничество с редица партньорски служби, амбулатории за психично здраве и лечебни заведения.

### *Защитеното жилище*

Рехабилитационните програми в Защитеното жилище са основно две – отново индивидуални и групови. Индивидуалната социална рехабилитация се осъществява чрез вече споменатото водене на случай. Груповите програми са свързани приоритетно с обучение и трениране за самостоятелно справяне с ежедневни предизвикателства като пазаруване, приготвяне на храна, поддържане на бита и личната хигиена. Ежедневно се организират по две събрания на потребителите – сутрин и вечер. На сутрешното събрание потребители заедно със социалния работник определят менюто за деня, кой от

потребителите ще сготви за всички, кой ще напазарува хранителните продукти за останалите, кой ще изчисти общите части и кой ще измие съдовете. Всеки един от потребителите трябва да извърши една от тези задачи само по веднъж до два пъти седмично. Поддържането на лична хигиена и чистотата на собствената стая пък си остават ежедневен ангажимент. Втората среща за деня се състои вечер – тогава се прави равносметка на изминалия ден и на извършените задачи. Потребителите имат възможност да споделят свои мисли и мнения, обсъждат се назрели спорове или недоволства и се предоставя решение.

В Защитеното жилище функционира и своеобразна точкова система. Основната ѝ цел е да мотивира и стимулира потребителите на резидентната социална услуга да извършват качествено и навреме всички разпределени им от групата ангажименти. При отговорно пазаруване и приготвяне на храна за останалите, както и при поддържане на чиста стая и спретнат собствен външен вид, потребителите събират все повече и повече точки, които в края на всяка седмица се превръщат в съответстващ материален бонус.

Държавната такса, която бенефициентите на тази социална услуга трябва да заплатят, е в размер на 50% от техния доход. Срещу тази сума получават ежедневна работа със социален работник, подслон, храна и всички консумативи.

До съвсем скоро Защитеното жилище на Фондация „Глобална инициатива в психиатрията – София“ бе единствената резидентна социална услуга за лица с психични разстройства на територията на цялата ни столица. За кратко съществуваше още едно Защитено жилище на територията на УМБАЛ „Александровска“. Отскоро отвори врати още едно подобно Защитено жилище на територията на столицата ни в ж.к. „Дружба“. Общият капацитет на двете социални услуги по методика и на практика е 16 клиенти. Този брой е повече от крайно недостатъчен и напълно символичен на фона всички нуждаещи се от подобна социална рехабилитация психично болни лица.

На територията на София са множество и хората с психични разстройства останали без подслон поради имотни злоупотреби. Липсата на жилище и отпадането им от обществото ги прави крайно нуждаещи се от социална рехабилитация за реинтеграция в общността. Това може да се случи чрез социалната услуга Защитено жилище. В момента има значителен брой чакащи за всяко едно от шестнадесетте потребителски места на двете столични защитени жилища. Скъпата издръжка на подобна социална услуга и недофинансирането ѝ от бюджета я правят силно неатраaktivна за разкриване от неправителствени организации и от общините.

От друга страна, наличните места в настоящите софийски защитени жилища са трайно заети от сегашните потребители, тъй като в методиката за социални услуги не е упоменат максимален срок, в който потребителите могат да се възползват от социалната услуга.

### *Програма „Активна грижа“*

Програма „Активна грижа“ е дейност, осъществявана и финансирана изцяло на проектен принцип. Тя предлага уникален и все още незаменим набор от услуги за най-тежко боледуващите лица с психични разстройства – а именно клинична социална работа на терен. Комплексът за психично-здравни услуги в общността – Слатина, единствен в цяла България, предлага мобилна клинична работа. За съжаление капацитетът на потенциални потребители е силно ограничен на фона на всички нуждаещи се от подобна услуга лица в гр. София.

Най-общо казано Програмата е предназначена за клиенти, които по една или друга причина имат трудности да посещават Дневен център и да ползват услугите на място. Сред тези причини могат да бъдат:

- „тежка психиатрична симптоматика, която пречи на организирането на ежедневието, придвижване из града и/или срещи с други хора;



- съпътстваща симптоматика на соматични заболявания, които могат да затрудняват посещаването на Дневен център;

- амбивалентна или дори негативна позиция по отношение на собственото психично разстройство (намалена или отсъстваща критичност), което лишава клиента от мотивация да ползва услугите на Дневен център или сходни услуги в общността;

- остатъчна симптоматика, която по своя смисъл и съдържание пречи на излизането от дома и общуването с хора от външната среда;

- свързано с горните рисково поведение на боледуване (от психично и/или соматично разстройство);

- хора с психична болест, жертви на насилие или на злоупотреби;

- лица останали без жилище, заради имотни измами или изгонване от роднините си;

- лица с коморбидно боледуване на тежки психични разстройства и сериозни соматични заболявания;

- лица, страдащи от зависимост;

- лица, водещи клошарски тип начин на живот;

- лица в риск от злоупотреби“ (Комплекс за психично-здравни услуги в общността – Слатина, 2009).

Всички гореизброени лица с психични разстройства са обект на подкрепа на място от специалисти клинични социални работници. Дейностите с тези потребители се извършват изцяло на терен, осигурява се подкрепа при взаимодействие с всички държавни институции като местните подразделения на Дирекция „Социално подпомагане“, осигурява се подкрепа и застъпничество при разрешаване на конфликти с обкръжаващата среда, организират се принудителни и доброволни хоспитализации, спешни приеми в лечебни заведения, осигуряване на лекарска помощ и медикаменти. Клиентите получават подкрепа при изготвяне

на лични документи, решение на ТЕЛК, депозирани на документи за отпускане на пенсии и помощи, настаняване в кризисни центрове и центрове за временно настаняване, получаване на право за преференциално пътуване с градски транспорт, възползване от социални трапезарии и социални услуги. По Програмата социалните работници се ангажират и с предоставянето на психологическа и емоционална подкрепа, консултации с юрист и психиатър.

Насочването към Програма „Активна грижа“ се осъществява предимно чрез сигнали от държавните институции, граждани, роднини или съседни на лица с тежка психична болест, изпаднали в безпомощно състояние, с риск за живота или с опасност от нараняване на себе си или околните. Абсолютно всеки получен сигнал бива проучен от социалните работници, а на екипна среща се изготвя план за действие с клиента. Много често в кризисни ситуации клиничните специалисти трябва да реагират светкавично и да действат според случващото се в момента на разгърнатата психиатрична криза. При работата на терен основна пречка пред социалните работници е липсата на собствен ресурс, поради което те осъществяват посредничество на клиента с компетентните държавни и здравни институции, които по принцип би следвало да осигурят необходимото за лечението или подобряването на житейската ситуация на клиента.

Типичният профил на клиент на Програма „Активна грижа“ е на човек в остра фаза на психична криза, неконтактен, опасен за себе си и за околните, без близки, без жилище, без лични документи, без пенсия, без личен лекар, без прием на медикаментозна терапия, обект на злоупотреби, на кражба и на физическо насилие, без пари, без храна, със скъсани дрехи, с придружаващи остри соматични заболявания, с риска за живота – от убийство, самоубийство, премръзване/прегриване или пътен инцидент.

*Кои хора могат да ползват услугите на Комплекса?*

Лица с тежко психично разстройство (на първо място шизофрения и биполарно афективно разстройство), при които липсва подкрепящо близко

обкръжение (живеят сами) или тяхното обкръжение има ограничен ресурс за подкрепа. Те трябва да са с тежка, а не честа психична болест, удостоверена с ТЕЛК или ЛКК.

Би било добре да имат личен лекар и лекуващ психиатър. Важно е да приемат лекарства за психичното разстройство, ако такива са предписани.

Услугите на Комплекса „са в най-голяма полза за потребителите в състояние на стабилна терапевтична ремисия, което не означава пълно отсъствие на симптоми, а постигането на някакво ниво на стабилност в клиничното състояние (липса на „остра“ симптоматика), което да е устойчиво във времето (поне през последните три месеца)“ (пак там).

От дължимите гореспоменати държавни такси са освободени лицата без никакви доходи (ППЗСП, в сила от 01.05.2003).

### ***Информационната линия за психично здраве***

Това е телефонна линия с номер 02 42 111 42, на която всеки може да се консултира относно психичните разстройства, като получи професионална информация от психолог или социален работник. Информационната линия за психично здраве предоставя „информация за същността и протичането на различните психични разстройства по лесен и достъпен начин“. На нея може да бъде получена консултация относно законодателството в социалната сфера, различни социални услуги и социални помощи, както и възможните механизми за подкрепа на лица с психични разстройства и техните близки, начините за взаимодействие със здравни и социални институции по повод лечение и психосоциална рехабилитация (Портал за психично здраве. Телефонна информационна линия, 2014).

*Принципите, на които е изградена информационната линия, са:*

- предоставяне на професионална и достоверна информация за психичните разстройства;

- насочване към различни служби и услуги в сферата на психичното здраве (социални и здравни), функциониращи на територията на гр. София;
- осигуряване на емоционална подкрепа;
- обслужване от професионалист в сферата на психичното здраве;
- гарантиране на конфиденциалност (пак там).

Най-често хората, които се обаждат на горещия телефон, са роднини или заинтересовани близки на лица с психични разстройства. Те винаги получават емоционална подкрепа, насочване и предложения за решение на техния проблем или отговори на зададените въпроси. Нерядко се обаждат и съседни или лица, които определят себе си като „потърпевши“ от субект в психиатрична криза, като търсят алтернативи как да осигурят лечението му, за да не бъде опасен както за тях, така и за себе си. На телефонната линия постъпват непрекъснато и желани за консултации с лекар-психиатър относно вида и дозите на медикаментозната терапия. За съжаление работният екип на Линията не разполага с подобен специалист, но това не нарушава качеството на предлаганата услуга, тъй като така или иначе няма как да се осъществява предписване или корекция на медикаментозна терапия по телефон.

### ***Обществена пералня „Зелена“***

Това е типична обществена пералня с предимно корпоративни, но и индивидуални клиенти. За разлика от множеството други подобни организации на българския пазар тя е стопроцентово социално предприятие. Намира се в приземния етаж на Комплекс за психично-здравни услуги в общността в район „Слатина“ и отвори врати на 24 февруари 2010 г.

Обществена пералня „Зелена“ е „инициатива в полза на хората с психични увреждания и директното им обкръжение – за тяхното пълноценно и автономно съществуване, чрез създаване на възможности за трудова заетост“ (Комплекс за

психично-здравни услуги в общността – Слатина, 2009). Персоналът ѝ е изцяло съставен от лица с тежки психични разстройства, намиращи се в стабилна ремисия и преминали специализирано обучение за боравене с професионална техника. Осигуряването на подходяща трудова заетост на свой ред ще направи лицата с психични разстройства „по-активни и равноправни участници в социалния живот“, което ще способства за „подобряване на жизнения им стандарт и ще създаде условия за развитие на техния капацитет като личности, въпреки последиците от болестта“ (пак там).

Все още няма специална нормативна регулация за социалните предприятия и се налага пералня „Зелена“ да се конкурира по палитра от услуги, ценова листа, бързина и качество на работа с всички останали обществени перални на пазара. За щастие социалното предприятие устоява и до днес на конкуренцията и спечелва все повече нови клиенти.

### **Заклучение**

Дейностите от участията в клубовете, програмите и индивидуалната работа са неразривна част от необходимия процес на ресоциализация и реадaptация в обществото. Специалистите от Комплекс за психично-здравни услуги в общността – Слатина помагат на клиентите в този процес, а те получават нови знания, умения и социални контакти. Множеството програми и клубове в Дневния център представляват групова съвместна дейност между потребители, персонал, доброволци и студенти с различна професионална насоченост. Тази активност позволява да се осъществи групово общуване и с неформален характер. Това от своя страна е задължително и необходимо условие за успешната и пълноценна социална реинтеграция на клиентите, получава се едно своеобразно трениране на социални умения в контролирана и защитена среда, максимално близка до реалните интеракции в общността. Друга силно положителна страна на програмите и клубовете е възможността всеки да прояви своята индивидуалност,

да покаже личностните си качества, да се чувства значим и полезен за останалите, както и да формира у себе си ценни и адаптивни модели и ползотворни навици за свободна комуникация, работа в екип и умения за справяне с ежедневните предизвикателства.

И в трите вече споменати социални услуги се работи изключително с лица страдащи от шизофрения, при които често съществуват активни халюцинации. В подобна ситуация клиничният социален работник трябва да се съобразява с тях, да не ги отрича или опровергава директно, да не се конфронтира с тях, тъй като това би травмирало силно клиента, а да се стреми да разбере как те мотивират поведението му и с целенасочена работа да му помогне в медикаментозното им превъзможване или пълноценно социално функциониране, паралелно с активната налудна система. Той трябва да ги приеме и да ги използва рационално като средство в своята работа, като ръководен ракурс, който би могъл да донесе ценна информация за състоянието на потребителя.

Основната цел на всички дейности на социалния работник е да се смекчат последиците от социалната изолация и постепенно тя да се избегне, да бъдат задоволени многообразните базови социални нужди на различните клиенти, да се подсиgurят услуги за социалната им рехабилитация и ресоциализация, както и да се предостави адекватна и квалифицирана помощ и подкрепа за всички различни групи нуждаещи се според потребностите им и според индивидуалните им особености. Основна част от възстановяването на заболялите от психични разстройства е психосоциалната рехабилитация, подкрепена от подходящо медикаментозно лечение.

### Използвана литература

- Ачкова, М. (2001). Приложна психология в медицината и и здравните грижи. София.
- Боянова, В. (2002). Ролята и мястото на социалния работник в екипното обслужване на пациента-клиент. – В: Университетската специалност Социални дейности – състояния, проблеми, перспективи. София.
- Витанова, Н., Н. Машонов, В. Боянова, Г. Механджийска, Р. Симеонова, Е. Генова, Д. Фъртунова (2011). Живот в общността. Наръчник за професионалисти в организации за психосоциална рехабилитация. Сдружение „Човеколюбие“.
- Ганева, З. (2010). Социални идентичности и психично благополучие. Валдекс, София.
- Колева, Н. (2006). Профилактично-оздравителната рехабилитация в работа с целеви групи от населението. – *Годишник на СУ „Св. Климент Охридски“*, Факултет по педагогика, Книга Социални дейности, том 99, 85–113.
- Костадинов, Д. (1982). Основи на медико-социалната рехабилитация. София.
- Либерман, Р., У. Ризи, К. Мюзер (1999). Трениране на социални умения за психиатрични пациенти. БПА, София.
- МКБ – 10 (2008). Психически и поведенчески разстройства. БПА, София.
- Национална програма „Социални услуги в семейна среда“, АСП 2008 г.
- Ониът, С. (1999). Воденето на случай в психиатричната практика. София.
- Перинская, Н. А. (2005). Ресоциализация. – *Знание. Понимание. Умение*, 4, 2005, 161–162.
- Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане (в сила от 01.05.2003 г., Приет с ПМС № 243 от 05.11.1998 г., Отражена деноминацията от 05.07.1999 г.).
- Правилник за вътрешния ред на Дневен център за възрастни с психични увреждания – Фондация „Глобална инициатива в психиатрията – София“.
- Германов, Д. Стигмата на психиатричното заболяване. Портал за психично здраве. – <http://psihichnozdrave.com/biblioteka/statii/%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%B3%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%B0-%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%81%D1%82/> (15.11.2016).
- Комплекс за психично-здравни услуги в общността – Слатина, 2009 – [http://www.mh-community.org/index.php?page\\_id=8&record\\_id=4](http://www.mh-community.org/index.php?page_id=8&record_id=4) (16.03.2017).
- Министерство на труда и социалната политика. Социални услуги в общността – <https://www.mlsp.government.bg/index.php?section=CONTENT&l=278> (16.03.2017).
- Народно събрание на Република България, Законопроекти, 2016 – <http://www.parliament.bg/bg/bills/ID/44032> (11.01.2017).
- Портал за психично здраве. Телефонна информационна линия, 2014 – <http://psihichnozdrave.com/otvoreni-umove/%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D1%84%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0-%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0-%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%8F/> (16.03.2017).
- Портал за психично здраве. Фондация „Глобална инициатива в психиатрията – София“ – [http://psihichnozdrave.com/about\\_us/%D0%BF%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D1%8C%D0%BE%D1%80%D0%B8/%D0%B3%D0%BB%D0%BE%D0%B1%D0%B0%D0%BB%D0%BD%D0%B0-%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B0-%D0%B2-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D1%81/](http://psihichnozdrave.com/about_us/%D0%BF%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D1%8C%D0%BE%D1%80%D0%B8/%D0%B3%D0%BB%D0%BE%D0%B1%D0%B0%D0%BB%D0%BD%D0%B0-%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B0-%D0%B2-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F%D1%82%D0%B0-%D1%81/) (11.04.2017).
- Hermann, H., S. Saxena, R. Moodie (2004). Promoting Mental Health concepts emerging evidence practice. A Report of the World Health Organization, Geneva.

Federation Global Initiative on Psychiatry – Members of the Federation. –  
<http://www.gip-global.org/organization/fgip-member-organizations/> (16.03.2017).

**За автора:**

Симеон Сапунджиев е докторант към Катедра „Социална работа“  
Факултет по педагогика на Софийски университет „Св. Климент Охридски“  
Контакти: [simeon.i.s@abv.bg](mailto:simeon.i.s@abv.bg)