



**СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ
"СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ"**

ФАКУЛТЕТ ПО ПЕДАГОГИКА
Катедра Социална работа

Флутра Муста

***СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ЕВРОПЕЙСКИ
МОДЕЛИ НА СОЦИАЛНА РАБОТА ЗА ХОРА С
ПСИХИЧНИ РАЗТРОЙСТВА***

АВТОРЕФЕРАТ

на

дисертация за присъждане на научната и образователна степен

“Доктор”

по професионално направление 3.4. Социални дейности (Клинична социална
работа с лица с психични разстройства)

Научен ръководител: доц. дпн Моника Богданова

София, 2021 г.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедрен съвет на Катедра Социална работа, Факултет по педагогика към Софийски университет “Св. Климент Охридски”, състоял се на ... г.

Структурата на труда обхваща Въведение, две глави, Заключение, Препоръки, Библиография, Приложения, в общ обем от 240 страници. Дисертационният труд съдържа 17 схеми и 6 таблици. Библиографската справка обхваща 110 източници, от които 2 на кирилица и 108 на латиница.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на ... от..... часа, вна СУ „Св. Климент Охридски”.

Материалите по защитата са представени на Интернет страницата на Факултета по педагогика на СУ „Св. Климент Охридски”.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	1
1. Актуалност и значимост на проблема.....	1
2. Описание на дисертационния труд.....	4
II. ПЪРВА ГЛАВА. ТЕОРЕТИЧНА РАМКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	5
1. Развитие на грижата за психично болните в историческа перспектива.....	5
1.1. <i>Исторически аспекти на пресичането на социалната работа с психиатрията.....</i>	6
2. Историческо развитие на грижите в областта на психичното здраве в Италия.....	8
3. Историческо развитие на системата на психичното здраве в Албания.....	11
4. История на психичното здраве в България.....	12
5. Организация на здравни и социални услуги за лица с психични проблеми.....	13
6. Области на социална работа в сферата на психичното здраве	14
6.1. <i>Методи на социална работа в областта на психичното здраве.....</i>	16
6.2. <i>Модели на социална работа в областта на психичното здраве.....</i>	16
7. Ролята на социалния работник в областта на психичното здраве	21
8. Видове услуги за психично здраве, където социалният работник практикува.....	23
III. ВТОРА ГЛАВА. ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБЛЕМАТИКАТА.....	26
1. Дизайн на изследването.....	26
2. Анализ на резултатите за ролята на социалната работа в областта на психичното здраве в Италия.....	29
3. Анализ на резултатите за ролята на социалната работа в областта на психичното здраве в Албания.....	33
4. Ролята на социалната работа в областта на психичното здраве в България – резултати и анализ.....	41
5. Сравнителен анализ на разпределението на услугите за психично здраве и ролята на социалния работник в Италия, Албания и България.....	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	52
ПРЕПОРЪКИ.....	55
ПРИНОСНИ МОМЕНТИ НА ДИСЕРТАЦИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ	57
БИБЛИОГРАФИЯ	58
Приложения.....	60

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Актуалност и значимост на проблема

Проблемите и предизвикателствата в областта на психичното здраве все още остават извън обсега на обществения интерес, а в сферата на законодателните инициативи и стратегии се наблюдават епизодични и нетрайни усилия за провеждане на дългосрочна и устойчива политика. Така, хората, страдащи от психични заболявания продължават да са маргинализирани и стигматизирани на индивидуално, обществено и институционално равнище. Често хората с психични проблеми имат влошено физическо здраве, попадат в групата на безработните, страдат от социална изолация, а нивата на смъртност за тази група са по-високи, в сравнение с останалите. Ето защо са необходими незабавни и навременни мерки, насочени към социалното, здравното и икономическото благополучие на тази категория нуждаещи се.

Важна роля в реализирането на интервенции и предоставянето на подкрепа за хора с психични проблеми имат социалните работници, които взаимодействат с други партньори, доставчици на социални услуги, общността, членове на семейството и др. Професионалната им подготовка е гарант за качествена грижа, реализирана чрез придобитите професионални умения и знания и чрез спазване на етични принципи, което им позволява да създават доверителна връзка със своите клиенти, основаваща се на емпатия, откритост и приемане. Социалните работници в полето на психичното здраве са тези специалисти, които оценяват, „лекуват“ и предотвратяват появата на нарушения или задълбочаването на проблема, оказват подкрепа при поведенчески и емоционални нарушения, и такива, свързани със заобикалящата среда. В този смисъл, социалните работници провеждат организирани дейности по превенция и рехабилитация на психичното здраве. Освен това, важен компонент от професионалния им профил са компетенциите им, позволяващи да диагностицират и интерпретират социалния и правен контекст, в който живеят пациентите и техните семейства. Може да се каже, че социалните работници са лидерите в практико-приложното равнище на социалната работа, които прилагат комплексни, цялостни решения, основани на системния подход за управление на сложни ситуации, и в същото време защитават правата и свободите на своите клиенти. Те се намесват в критични житейски събития, като проявяват професионализъм и умения на социално, семейно и междуличностно ниво, рискова ситуация и др. Те са експерти в защита правата на нуждаещите се и участват активно в политиките за утвърждаване правата на човека.

Социалните работници в областта на психичното здраве са едни от ключовите професионалисти на мултидисциплинарния екип. Те предоставят услуги за психично здраве в различни условия, включително болници, общности, дневни центрове, социални домове, държавни институции и др. На системно равнище, социалните работници имат способността да влияят на успеха на лечението и предоставянето на психично-здравни услуги. Основната мисия на упражняващите професията е повишаване благосъстоянието на хората, чрез удовлетворяване на основните човешки потребности, и за да бъде увенчана с успех, специалистите трябва да познават съществуващите системи за подкрепа и начините за тяхното усъвършенстване. Ето защо, дейността на социалните работници в сферата на психичното здраве може да се опише като система, комбинация от психологически, социални и практически компетентности.

В световен мащаб, психичното здраве като основен компонент на общото здравословно състояние вече представлява един от основните стълбове на здравните политики на развитите държави. Службите за психично здраве уважават и насърчават упражняването и зачитането на правата на потребителите на тези услуги. Реформите, предприети през последните години в областта на психичното здраве, доведоха не само до промяна в типологията на услугите, но и до разширяване на кръга от професионалисти, участващи в тях. Мултидисциплинарният характер на екипите преодолява строгата рамка на медицинския модел при предоставянето на социални услуги, и изисква включването не само на лекари и медицински сестри, но и на психолози, социални работници, трудови терапевти и др. Създаването на нови общественнополлезни услуги, иновативни по своя

характер, се отразява и върху структурата и съдържателните измерения на професионалните роли, които специалистите трябва да покрият в тези услуги, фокусирани не само върху лечението, но и върху превенцията и рехабилитацията. В този ред на мисли се установява необходимостта от актуализиране на професионалния профил на социалния работник и ролите, които изпълнява, въз основа на опита от най-добрите практики, прилагани в областта на психичното здраве и социалните услуги в частност. Тази категория услуги включва всички онези дейности, които се фокусират върху диагностицирането, лечението и рехабилитацията на хора с психични разстройства, както и профилактиката на тези разстройства и насърчаването на позитивното психично здраве. Като пример, могат да се изведат следните:

- специализирани амбулаторни услуги;
- услуги в областта на психичното здраве, базирани в общността (например, центрове за психично здраве в общността, мултидисциплинарни мобилни екипи, центрове за дневни грижи, домове за рехабилитация и подкрепа на пациенти с хронични заболявания в психиатричните болници, социални домове за психотични пациенти, центрове за рекреация (отдых и др.);
- стационарни услуги за психично здраве, които се предоставят в близост до центровете за психично здраве, регионалните болници или в близост до психиатричните болници, покриващи необходимостта от грижи на вторично и третично ниво. Сред тези услуги е предоставянето на социални услуги, които подпомагат процеса на предоставяне на подкрепа на хора с хронични психични разстройства.

Наред с това, политиките за социални услуги в сферата на психичното здраве следва да осигурят подходящи условия за живот на нуждаещите се, чрез икономическа и материална помощ, както и да създадат достатъчно възможности за пълноценен и достоен живот в общността или в центрове от резидентен, защитен или полузащитен тип.

Целта на клиничната социална работа и съответно на клиничните интервенции при предоставяне на социални услуги е поддържане и укрепване здравето на клиентите, като се работи с техните социални проблеми и в частност, подобряване на техните взаимоотношения, адаптиране към околната среда. В тази връзка, социалният работник използва активен подход на подкрепа, като прилага подходящи инструменти за снеманена анамнеза, провежданена оценка и планиране на интервенции. Социалните работници следва да са подготвени и способни да организират и управляват терапевтичен процес, като част от своята консултантска компетентност и да осъществяват интервенции, насочени към промяна на поведенческите модели, опита, нагласите и отношенията на индивида. Залагайки върху процеса на трансформация, социалната работа допринася за развитието на автономност на клиента, увеличава или подкрепя потенциала за адаптация и независим живот, подобрява качеството на биопсихосоциалното функциониране, стабилизира преживяванията и личностното поведение, балансира и подобрява качеството на социалната среда. Подобна перспектива дава основание да се твърди, че професията на социалния работник насърчава социалните промени, като решава проблеми на индивидуално равнище, чрез овластяване на индивида за подобряване на собственото му благосъстояние. В допълнение, социалният работник се намесва в онези аспекти, в които хората взаимодействат с околната среда, а ръководни принципи на неговата професионална дейност са правата на човека и социалната справедливост.

До голяма степен ролите на социалния работник се доближават до тези и на други специалисти по психично здраве. Това, което го отличава обаче, са функциите му, свързани с:

- изграждането на партньорства между специалистите, полагащи грижи и членовете на семейството;
- сътрудничество с общността, с цел създаване на благоприятна среда за клиентите;
- застъпничество за услуги, лечение и достъп до ресурси;

- промяна на социалните политики по въпросите на бедността, заетостта, жилищното настаняване и социални грижи и подкрепа на превантивните програми.

Въпреки това, в политиките за психично здраве на редица държави се наблюдават сериозни пропуски по отношение удовлетворяване нуждите на тази целева група, и съществуват значителни разлики в степента на покритие и разпределение на социални услуги сред населението между страните с високи доходи и ниски доходи.

Дисертационният труд се фокусира върху изучаването на европейските модели на социална работа за хора с психични проблеми. Тези модели ще бъдат проучени по отношение на начина на организиране и предоставяне на социалните услуги, тяхното качество, законодателството и прилагането на правата, застъпничеството на тези лица, ролята и полето на интервенцията социалния работник. **На теоретично равнище**, изследването ще допринесе за идентифицирането на силните страни в проучваните модели на социална работа и начините за тяхното адаптиране в страни с по-малък опит в тази област. **На практико-приложно равнище** това би довело до повишаване ефективността на работа на социалните работници и на социалните услуги, предоставяни в областта на психичното здраве.

Социалните политики за психично здраве определят ценностите, принципите и целите на мероприятията, насочени към превенция и рехабилитация на психичното здраве. Те могат да се прилагат под формата на планове, програми, стратегии и законодателство за психичното здраве на различни групи от населението, както и за всеки професионалист, работещ в областта на психичното здраве. Правилно формулираните и прилагани политики за психично здраве могат да бъдат съществен и мощен инструмент за подобряване на психичното здраве и намаляване тежестта на психичните разстройства (и техните социални ефекти) за хората, страдащи от психични проблеми, както и за техните семейства.

Обект на изследване са европейски модели на социална работа за хора с психични разстройства.

Предметът на изследване е влиянието на европейските модели за социална работа върху хората с психични разстройства.

Цел:

Целта на настоящо изследване е да се анализират европейски модели за социална работа с хора с психични разстройства, на базата на което да се изведат ефективни препоръки, повишаващи качеството на грижата и на работата с тях.

Задачи за провеждане на проучването

1. Проучване и анализ на литературата по проблема.
2. Проучване актуалното състояние на социалните услуги и ролята на социалния работник в страните, участващи в изследването (Италия, Албания и България).
3. Анализ на интервенциите в социалната работа в страните, участващи в проучването, и идентифициране силните страни за всеки модел (държава), което позволява да се правят изводи и да се премине към изготвяне на препоръки.
4. Провеждане на изследване и формулиране на препоръки за създаване на по-ефективен модел на услуги и социални дейности в психичното здраве.

Методи:

- библиографски;
- анализ, сравнение, описание и синтез и обобщение;
- полуструктурирано интервю;
- пряко наблюдение;

Хипотеза

Социалната работа играе много важна роля за идентифициране, предотвратяване и лечение на проблеми с психичното здраве и заема ключово място в интеграцията на хората с психични

проблеми в обществото и тяхното пълноценно функциониране. Това е възможно чрез усилия за социална работа и предоставяне на социални услуги на нуждаещи се лица.

Така, хипотезата на дисертационното изследване е:

Адаптирането и прилагането на европейските практики на социална работа към психичното здраве води до повишена ефективност на интервенциите и практиките за социална работа за лица, страдащи от психични проблеми.

По-конкретно, хипотезата гравитира около следните три допускания:

1. Интеграцията на лица с психични проблеми е възможна, когато социалните услуги са добре организирани и добре адресирани към целевите групи в нужда въз основа на оценки на нуждите и желанията на отделните лица.

2. Директната социална работа с хора, страдащи от психични проблеми, ще бъде възможно най-положителна, ако акцентът в работата е поставен върху развитието на индивидите и подобряването на спецификата на различните видове интервенции.

3. За да има най-ефективните интервенции и услуги за социална работа в областта на психичното здраве, европейските модели на социална работа, които са дали своята ефективност при предоставянето на социални услуги и начини за лечение на лица, страдащи от проблеми с психично здраве, трябва да бъдат адаптирани и прилагани.

2. Описание на дисертационния труд

Въпреки че службите за психично здраве са в процес на трансформация и се създават нови структури за услуги като общностни центрове за психично здраве, резидентни или дневни центрове, остава да се свърши много работа за повишаване качеството на услугите в тази област. Социалната работа е многоизмерен процес, който се фокусира върху подпомагане на нуждаещи се лица. Социалните работници в областта на психичното здраве работят за подобряване на качеството на живот и благосъстоянието на другите чрез директни интервенции, кризисна намеса, изследвания, организиране на услугите, промяна на социалните политики, застъпничество и управление на различни програми. Оценката на текущите актуални проблеми на системата за психично здраве показва потенциалната централна роля на социалната работа в тази област. Но е необходимо да се направят промени в практиката на социалните работници при предоставянето на услуги за психично здраве, чрез адаптиране на интервенции и модели на социална работа, които се прилагат днес в европейските страни. Целта на изследването е да се анализират и сравнят европейските модели и ролята на социалния работник в системата за психично здраве (в психиатрични болнични услуги, центрове за психично здраве в общността, приюти за лица с психични проблеми и дневни центрове). Изследването е фокусирано върху опита на три европейски държави – Италия, България и Албания. И в трите страни бяха организирани интервюта със социални работници, които упражняват професията си в областта на психичното здраве. За постигане на целите на това проучване, информацията е събрана чрез полуструктурирани интервюта със социални работници в областта на психичното здраве и пряко наблюдение в институциите за психично здраве в трите държави, включени в проучването.

Проучването установи, че все още има необходимост от промяна и подобрене в предоставянето на услуги за психично здраве. Подчертани са също предизвикателствата и трудностите, с които се сблъсква социалният работник при упражняване на професията си в областта на психичното здраве. В страни с ниски показатели на икономическото развитие все още има място за реформи, които са довели до положителен ефект в развитите страни с дългогодишен опит в повишаване на ефективността на услугите, насочени към лица с психични проблеми.

II. ПЪРВА ГЛАВА. ТЕОРЕТИЧНА РАМКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Развитие на грижата за психично болните в историческа перспектива

Въпросът как се лекува психичното здраве съществува от древността. Отговорите са се развили във всички култури и хилядолетия, а разбирането за човешкото състояние се е променило с напредъка на науката в области като химия, медицина и психология. Историята и еволюцията на психичното здраве и лечение от днешна гледна точка, вероятно ни се струва неприемлива и крайна, особено що се касае до формите и методите на лечение, но обяснява много за това как и защо лечението на психичното здраве е това, което е днес и какможе да се развие в бъдеще. Древните схващания за психичните заболявания често са резултат от вярвания, които стоят зад странни симптоми, като демонично обладаване, проклятие, магия или отмъстителен бог.

Преди възникването на организираните грижи за психично болните, обикновено семейството е това, което е ангажирано в предоставянето на грижа. Външните интервенции и съоръженията за домашно лечение са рядкост, до 792 г. в Багдад, където е създадена първата психиатрична болница¹. В Европа обаче е налице стигматизиращата тенденция, семейството, което се грижи за психично болни хора, да се разглежда като източник на срам и унижение. Семействата се опитват да скрият близките си в мазета, понякога ги изхвърлят, делегират грижите на прислугата или просто ги изоставят.

Социалната стигма, свързана с психичните проблеми, все още е широко разпространена в страни и култури, които поставят силен акцент върху семейната чест, където браковете са в по-ниска степен основани на любовна връзка и повече средство за изграждане на съюзи. В такъв контекст тежестта от грижата за психично болен член на семейството може да се разглежда като нарушение на семейната чест и изключването на такъв човек от семейството се счита за предпочитане пред налагането на стигмата на безчестието. Психично болният човек в семейството се възприема като доказателство за наследствен, дискредитиращ дефект на рода, на кръвната линия и поставя под съмнение социалния статус и стабилността на цялото семейство. Поради тази причина психично болните членове на семейството са били (и все още са) жестоко и безмилостно изоставяни. Не е необичайно някои семейства да връщат близките си в полицията, поради страх, че психичното разстройство може да се счита за опасно или че поведението на психично болния е твърде трудно да се управлява в домашни условия. В историческа перспектива, доживотният затвор също е неотдавнашна практика. По време на Средновековието, в Европа психично болните хора понякога са били подлагани на физическо насилие, като форма на наказание за тяхното асоциално и девиантно поведение, а понякога и в опит да победят болестта си.

С течение на времето и с развитието на организираната социална грижа, започват да се създават някои възможности за лечение извън рамките на семейството (или настойничеството). Те са насочени към включване на психично болни в трудови домове – публична институция, където най-бедните хора в църковна енория получават основно подслон в замяна на труда си.

В зората на институционализацията на психиатричната грижа, психиатричните болници, като тази във Валенсия, не предлагат истинско лечение или грижа на психично болните, принуждавайки пациентите да живеят в нечовешки условия и като обекти на тежки злоупотреби². Такива заведения всъщност наподобяват местата за лишаване от свобода, понякога условията в тях са дори по-лоши от затворите. В тези „тъмни векове“ на психиатричната грижа няма установена концепция за активно обгрижване на психично болни индивиди, за минимизиране на предполагаемата вреда, която биха могли да нанесат на своите общности. Садистичните, от днешна гледна точка, форми на „терапия“ включват потапяне на пациенти в гореща или студена вода, тъй като се е вярвало, че шокът ще

¹US National Library of Medicine (2011). Islamic Culture and the Medical Arts. Hospitals. - https://www.nlm.nih.gov/exhibition/islamic_medical/islamic_12.html.

² López-Ibor, J. (2008). The Founding of The First Psychiatric Hospital in the World in Valencia. Actas Esp Psiquiatr. 2008 Jan-Feb, 36/1, pp. 1-9. - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18286394/>

принуди ума да се върне в състояние на здраве. Вярата, че психическото страдание е субективен избор, мотивира персонала на тези заведения да използва физически ограничения, принудителни средства и дори заплахи, за да продължи да „лекува“ пациентите. Лечението, чрез наркотични вещества също се е смятало за подходящо при „обгрижването“ най-опасните и трудни пациенти. *Тъй като практиките на лечение и нечовешките условия на живот в тези институции бързо се разпространяват, в края на XIX век се появява призив за реформа.*

1.1. Исторически аспекти на пресичането на социалната работа с психиатрията

Историята на социалната работа, нейната роля и място в областта на психичното здраве може да се проследи в самото зараждане на професията, а именно в последните години на XIX-ти век. По това време психиатрите провеждат индивидуални сесии с проблемни деца, а ролята на социалните работници се състои предимно в установяване на работни отношения както с родителите, така и с по-широката семейна среда³. В същото време, процесите на професионализация на социалната работа и психиатрията започват да се развиват почти успоредно – в болницата Джонс Хопкинс. Първият социален работник в болничното заведение (сестра Маргарет Бродгън) е наета през 1907 г. и е назначена в звеното за амбулаторна грижа. След известно време, амбулаторното звено се превръща в самостоятелен отдел за социални услуги и придобива статут на официална организация през 1912 г., когато болницата започва да наема допълнително работници (пак там). В този период обучението по социална работа е в начален стадий и много от ранните социални работници се обучават като медицински сестри. Психиатрията от своя страна, започва да се разгръща като професионална дейност през 1908 г., в същата болница, и се свързва с името на Адолф Майер, като нейн първи директор. Изграждането на психиатричната клиника „Хенри Фипс“ през 1913 г. революционизира грижите за пациентите и интегрира психиатрията в университетска болница за първи път.

В днешно време, когато е ефективна, политиката за психично здраве има функцията да координира основните услуги и дейности, като по този начин се гарантира цялостната логистика и комплексния характер на лечението и грижите за нуждаещите се, като в същото време предотвратява фрагментацията и неефективността в здравната система. В такъв контекст, планът за социални услуги за психично здраве представлява подробно разписана и предварително дефинирана схема за изпълнение на визията и целите, заложен в политиката за психично здраве. Този план трябва да включва конкретните стратегии и дейности, които ще бъдат приложени за справяне с психичните разстройства и свързаните с тях увреждания, както и определянето на целите, които трябва да бъдат постигнати на институционално и политическо равнище. Планът за социални услуги също така трябва да осигурява яснота по отношението на различните участници в изпълнението на дейностите на здравния план. Социалните услуги са свързани с планирането на здравните услуги и определяне на ролята на доставчиците на услуги, разработване и планиране на политики, разработване на законодателство, подобряване на достъпа до медикаменти, осигуряване на информационни здравни системи, прилагане на стратегии за подобряване на качеството в областта на здравеопазването, бюджетиране и финансиране на мерките за психично здраве, мониторинг и оценка на психичното здраве. Според D. Mechanic социалните работници в сферата на психично здраве са ангажирани в предоставянето на „основни здравни грижи“ за лица, страдащи от психични проблеми и техните семейства⁴. Като специалисти със солидна и широкообхватна подготовка и професионални умения, социалните работници имат за цел да анализират възможно най-пълно състоянието и нуждите на хората, страдащи от психични проблеми. В това начинание те индиректно, но неизбежно проблематизират и критично осмислят глобалния контекст, в който упражняват своята професия,

³John Hopkins Medicine. The History of Psychiatry Social Work at The Johns Hopkins Hospital – https://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/expert_team/social_work/dept_history.html

⁴ Mechanic, D. (1980). Mental Health and Social Policy. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

като търсят отговори на въпросите:

- ✓ Кои са приоритетните проблеми на психичното здраве, кои са основните нужди, какви са наличните ресурси за справяне с нуждите?
- ✓ Какви са недостатъците на услугите и ресурсите?

Предоставянето на услуги за психично здраве в здравеопазването включва диагностика и лечение на хора с психични разстройства; въвеждане на стратегии за превенция на психичните разстройства и гарантиране, че здравните работници (в това число и социалните работници) в своята работа се ръководят от психосоциалния подход и достиженията на поведенческите науки, например при провеждане на интервюта, консултации, и прилагат междуличностни умения в ежедневната си работа за подобряване на общото здраве на своите клиенти.

Социалната работа в областта на психичното здраве се утвърждава като образователна и приложна специализация на работническото общество, а също и като теоретико-практическа дисциплина и специален професионален профил, който все повече формира своята методологическа цялост. В практико-приложен план социалната работа е специализирана професионална дейност, която се фокусира върху оценката, диагностицирането, лечението и превенцията на психични, емоционални и други поведенчески разстройства. Социалните работници, които предоставят тези услуги, трябва да бъдат лицензирани или сертифицирани на клинично ниво. Клиничните социални работници предоставят услуги в различни области и направления, като частна практика, медицински болници, служби за психично здраве в общността и различни институции. Клиничната социална работа може да служи и като отправна точка във връзките ѝ с други спомагателни професии. Концептуално погледнато, клиничната социална работа представлява процес на изследване, лечение, помощ, грижа за страдащ човек – т.е. в концептуално отношение клиничната социална работа разкрива и профила на клиента, който е в състояние на дисфункция, не може да полага грижи за себе си и да се справи сам със своите страдания⁵. В тази връзка същността на социалната клинична работа и методите, чрез които тя помага в по-общия дискурс на дефиницията за социална работа, може да сетълкува като помощ, ориентирана към личностни или междуличностни затруднения, разстройства, ограничения и потребности.

В този смисъл, изследователският интерес е ориентиран към тези ценностни измерения и същностни аспекти на социалната работа, които могат да бъдат идентифицирани в определенията, представящи я като: „психосоциална помощ“; „създаване, организиране, активизиране, подобряване на индивидуалните лични възможности и социални ресурси“; „Помощ за възстановяване на социалното функциониране на клиента“; помощ „при физически, умствени, интелектуални, социални и други недостатъци, които възпрепятстват пълноценното социално функциониране“; „Рационална и целенасочена помощ за хората в неравностойно положение, която ги ангажира в социално участие.“ Както показва цитирането, социалната работа помага, като създава, подобрява, възстановява, активира, стимулира, компенсира, адаптира и т.н. Клиничната социална работа се определя като практика на професионално приложение на теорията и методите за социална работа за решаване и превенция на психосоциални проблеми, преживявания на индивиди, семейства и малки групи. Тези проблеми могат да включват трудности, рискове, увреждания или разстройства, включително психологически затруднения и нарушения в поведенчески и емоционален план⁶. Целта на интервенциите е подобряване, запазване и превенция на психосоциалното функциониране⁷.

В своето развитие през годините клиничната социална работа надхвърля тясната дефиниция

⁵ Konstantinidis, G. (2005). Elsevier's Dictionary of Medicine and Biology in English, Greek, German, Italian and Latin. Amsterdam: Elsevier Science.

⁶ Господинов, Б. (2009). За същността и статута на социалната работа. В: Подготовка, професионална реализация и социален статус на социалния работник. София: УИ.

⁷ Burg, M.A. et al. (2010) Barriers to Accessing Quality Health Care for Cancer Patients: A Survey of Members of the Association of Oncology Social Work, *Social Work in Health Care*, 49:1, pp. 38-52, - <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00981380903018470?scroll=top&needAccess=true>

на психотерапевтичната специализация и се превръща в термин „чадър“ – друго име, ориентирано към директна практика или микросистематична намеса⁸. Целта на всички интервенции в клиничната социална работа е да се поддържа и укрепва здравето на бенефициентите, като се работи с техните социални проблеми и по-специално да се подобрят взаимоотношенията им, да се адаптират между индивид и среда. Това служи не на последно място за разширяване на възможностите за пълно обслужване. Компонент на клиничната социална работа е активният подход, който подпомага процеса на използване на подходящи инструменти за създаване на анамнеза и диагностика и конструиране на оценка, както и планиране на интервенции. След специализирана подготовка клиничните социални работници могат да поемат и терапевтичната роля, тъй като част от тяхната работа са интервенции за промяна на поведението, опита, нагласите и отношенията на индивида.

2. Историческо развитие на грижите в областта на психичното здраве в Италия

Развитието на европейската култура обхваща обширен период - от Римската империя до италианския Ренесанс, в рамките на който се сравняват, съжителстват или редуват четири различни типа обяснения на лудостта. Датата 200 г. от н.е. не е случайна; до края на II век всъщност, в латинския свят се утвърждава медицинското училище на Гален, което включва системата за изучаване на Хипократ и което обяснява психичното разстройство като „хуморален дисбаланс“ на мозъка. Така че сме изправени пред органичното обяснение на психичното разстройство. Магическото обяснение на психичното заболяване предлага тотално противоположна интерпретация - тясно свързано с културата на суеверията, то свързва психичното разстройство с предмети или животни, а днес се появява в популярните обяснения, че някои разстройства са свързани с лунните фази и „луд“ е човек, който проявява признаци на дисбаланс, „лунатик“. Интервенциите и средствата за защита, според тази концепция, се състоят от магически практики и ритуали. Религиозното обяснение от друга страна е различно. Според него, онзи който проявява психични разстройства, е човек, обсебен от зли духове, а цялата религиозна общност се чувства замесена от този факт и се намесва с мерки като молитва, религиозни обреди или преследване и кремация. Магическото отношение е индивидуално, докато религиозното отношение е колективно.

В периода на Ренесанса преобладава религиозното обяснение на лудостта, усещано като демонично притежание, знак на проклетие и грях, чието прочистване все повече изисква прибегване до практиките на изтезания и изгаряния. Идеята за лудост започва да се свързва с тази на опасността, което дава възможност да се намери причина за множеството бедствия (глад, епидемии), засягащи населението⁹.

Постепенно съдбата на лудите достига съдбата на бедните и престъпниците. Техният образ се преживява като заплаха за обществения мир или за установения ред. Трябва да се има предвид, че градовете и административните власти се организират под формата на модерно общество. Органите на обществения ред разполагат само със затвори, но и с повече или по-малко принудителни места за хоспитализация (сегрегационни институции). Въпреки че понякога се наричат болници, тези места нямат нищо общо със съвременните болници: за тези, които са луди, те по същество са места за лишаване от свобода, където се получава помощ, но също така и наказание и ограничения, и където хигиената и условията на живот са твърде мизерни. Официално това не е произходът на психиатрията, но въпреки това представлява първият ѝ драматичен образ.

С новите идеи, разпространени през XVIII век от Просвещението и с утвърждаването на човешките и граждански права, разпространени след Френската революция, институциите на разделението се затварят и обяснението за лудостта променя своя курс към възприемането ѝ като

⁸ Goldstein, E. (1996). What Is Clinical Social Work? *Clinical Social Work Journal*, Vol. 24, 1.

⁹ Пак там.

болестно състояние¹⁰. Състоянието на лудите, поне теоретично, се различава от това на бедните и престъпниците, което поставя началото на една рефлексия върху лечението в изцяло медицински термини. По този начин психиатрията, институция, създадена от Филип Пинел във Франция по време на Революцията, се превръща в мястото за грижи за болните. Тази нова институция, която се разпространява в цяла Европа през XIXв., е стъпка напред в сравнение с предишните практики, тъй като се основава на медицински грижи и научни цели. Все още обаче, съществува приемственост между психиатрията и познатите от миналите векове места за сегрегация, тъй като „излекуването“ съвпада с целта за упражняване на контрол над болните.

Началото на XX век е важен етап в историята на психиатричните грижи в Италия. През 1904 г. Закон 36, чакан в продължение на поне тридесет години, с който се регулира помощта за психиатрично болните, е предложен и обнародван с прякото участие на Джолити. Този закон, с някои последващи адаптации, определя за Италия, както се е случило в други европейски държави, правната и научна консолидация на психиатрията като почти изключително държавно мероприятие за лечение на психични разстройства. В сравнение с миналото, прекият ангажимент на държавата представлява напредък, но фигурата на психиатричния пациент е по същество на затворник. Психично болните се приемат за опасни и могат да бъдат приети или да напуснат психиатричното заведение само след разрешение на магистрат или полицейска комисия. Директорът на психиатрията е юридически отговорен за "изписания пациент". При този режим, при по-голямата част от случаите, амбулаторните разстройства стават хронични.

През 1968 г. италианският сценарий се променя, приет е нов закон, познат като Закон 431, който посочва и определя:

- а) недостатъчност на психиатрична помощ, основана изключително на интерниране в психиатрично заведение от затворен тип;
- б) създаване на териториална служба за психиатрична помощ чрез откриване на центрове за психично здраве;
- в) възможност за доброволно влизане в психиатрията;
- г) премахване на задължението за регистриране на приемането и освобождаването от психиатричното заведение в наказателното досие;
- д) нови критерии за организация на психиатрични болници.

В края на 30-те години шоките терапии, провеждани в Италия се основават на широко известната хипотеза, че електро импулсите, подходящо предизвикани, имат терапевтична стойност. Сред всички тези, най-често срещаните и популярни терапии са електрошоковите. Ако психиатричната институция остава неподвижна и в застои по отношение на развитието и революционализирането на грижите, то в началото на 20-ти век започва по-мощната историческа революция в областта на психологическото познание. Първото име, което трябва да се помни, е това на Фройд; но не става въпрос за промяна, породена от един човек, нито просто за раждането на психоанализата. Като основно движение за радикално обновление, работещо в рамките на академичната и болничната ортодоксия, психоанализата нарушава хегемонията на общата психология и психиатрия. По-специално, чрез отчитането на резултатите от антропологичните изследвания и теорията на феноменологията, и интегрирането им в един корпус от знания, психоанализата подтиква развитието на нови тенденции в мисленето за човешкото развитие и неговата природа, включително връзката психично здраве – болест. В светлината на тези нови насоки се преразглежда концепцията за личностната идентичност, връзката между индивида и социалния контекст, границите между здравето и психичните заболявания.

Психиатричните лекарства в лечението на психиатрични състояния официално се въвеждат в средата на 50-те години¹¹. Това са вещества, които въпреки лечебните резултати, имат ефект на

¹⁰Пак там.

¹¹Пак там.

облекчаване на най-сериозните и очевидни симптоми и правят кризисните моменти по-контролируеми. Ползите от употребата на психотропни лекарства могат да се проследят на две нива. От една страна те представляват инструмент за контрол на пациента, а от друга, като помагат на лица, страдащи от тежки психични разстройства, те улесняват експериментирането на алтернативни решения на традиционното психиатрично лечение. Напредъкът на теоретичния и експерименталния фронт, на който се позовахме, може да се проследи, започвайки от края на Втората световна война, когато интензивно се прокарават инициативи, алтернатива на институционалния психиатричен ред. В Англия се провеждат експерименти на „терапевтични общности“ и „анти-психиатрия“; във Франция възникват усилията за „институционална психотерапия“ и „секторна психиатрия“; в Германия трябва да се отбележи опитът на пациентската социалистическа група в Хайделберг, първата самоорганизация на пациентите. Тези инициативи често се пропускат, поради липса на систематизъм или прекомерен радикализъм. Но те имат заслугата да обновят дълбоко психиатрията в два жизненоважни аспекта: първо те възвръщат идеята за успешно лечениена психичното разстройство, от което институционалната психиатрия всъщност се е отказала; второ, те преодоляват предразсъдъка, че психическото страдание трябва да се тълкува според медицинско-органисткия модел, и проправят пътя за психотерапевтично лечение. Така че между 50-те и 70-те години се задаванова реалност: по все по-неотложен начин се усещат границите на психиатрията от XIX век и сковаността, създадена от институцията, особено в страни с по-напреднала социална и икономическа структура.

Необходимо е да се помни, че окончателната реформа на италианската психиатрична система се дължи на неуморната работа на Франк Басалия, която започва преди няколко десетилетия в Психиатричната болница в Гориция и завършва с пълния демонтаж на психиатричната болница в Триест, през 1977 г. преди приемането на закон 180¹². В провинция Триест, след седем години подготовка и организация на адекватна териториална служба, психиатрията е затворена: пациентите се придружават до дома и им се предоставя, чрез амбулаторна грижа, рутинна и интегрирана терапия, включваща и интервенции в кризисни ситуации. Хората с хронични заболявания се връщат към живота, към семейството и малките общности, към достойно и автономно съществуване. Този закон поставя Италия в челните редици на международната психиатрична система и в същото време действа като катализатор за насърчаване на иновациите в други страни. Навсякъде опитът с управлението на психиатрична помощ става по-целенасочени по-мащабен, без да се използва интернирането в психиатрия. Закон 180 се утвърждава в Италия като вододел между старата психиатрия за интернатни „грижи“ и новата психиатрия, ориентирана към реинтеграция на психично болните в семейството или в специални структури. Законът, известен като законът "Басалия", създава нова визия за психичните заболявания и съобразяване с тяхното многообразие. Тази реформа се превръща в инструмент за изобличаване на всяка форма на дискриминация в социалните отношения.

Правните принципи, останали в наследство от делото на Басалия, разглеждат психичните заболявания, включени в мрежа от териториални, амбулаторни и стационарни услуги, като центрове за психосоциални грижи и подкрепа. Закон 180 предоставя психиатрична помощ като част от Националната здравна система (SSN), разпорежда затварянето на психиатрични болници и организирането на децентрализирани грижи и помощ на териториално ниво, в психиатрични служби, разположени и децентрализирани в структурата на социалната общност, на териториално ниво. С психиатричната реформа, предвидена в Закон 180, хоспитализацията на пациента е доброволна и вече не е задължителна и ограничаваща. Този закон поставя началото на нова фаза в развитието на услуги за грижи и подкрепа, чрез създаването на мрежи от психиатрични услуги, предоставяни от здравните отдели за психично здраве, развитието на психиатричната рехабилитация, регулирането на процеси за затваряне на самите психиатрични болници. Съществува класификация на услугите за психично здраве според типични модели: общностни услуги, психиатрични болници и услуги със строго

¹²Пак там.

териториална организационна характеристика, със резидентни услуги в общността и фармакологични интервенции. Изграждат се различни организационни подсистеми на психиатричната система, включващи отделите за психично здраве, центровете за психично здраве, предоставящи здравни и социални услуги, услуги за диагностика и психиатрично лечение в регионални болници и полурезидентни заведения като дневни болници, дневни центрове и жилищни структури. През 1994 г. правителството на Чампи одобрява национален проект, чиято цел е насочена към защитата на психичното здраве чрез откриване на мрежи от психиатрични, жилищни и полурезидентни териториални структури с оператори (доставчици на услуги) с доказани професионални умения. През 1978 г., след създаването на Националната здравна служба (SSN) със закон 833/1978, здравната служба става обществена услуга. Закон 833 се основава на принципи като: превенция, лечение и рехабилитация; равенство на гражданите пред Националната здравна служба; защита на здравето като основно право на личността; национално планиране на здравни дейности; включване на гражданите в изпълнението на услугата. Така се поставя началото на нова визия за услуги, насочени към подпомагане на най-бедното население и активиране на ресурси за цялата общност, подчертавайки връзката между социалната услуга като метод за намеса на социалния работник и социалната политика, като ангажимент на социалната държава.

Професионалната интеграция използва насоки за стимулиране на мултидисциплинарната работа, насърчава идентифицирането на възможности за осигуряване на заетост и терапевтична приемственост между болнични заведения и други институции, сътрудничество между жилищни и териториални структури, подготовка на подходящи методи и техники за грижа според вида на интервенцията. Това ниво на общностна грижа можем да класифицираме като мрежа от формални и неформални грижи на две институции, като местните здравни власти и общинските власти – грижи, които социалните служби и организациите с нестопанска цел трябва да предоставят, за да постигнат общите цели.

3. Историческо развитие на системата на психичното здраве в Албания

След 2000 г. Албания, подкрепена от Световната здравна организация (СЗО), стартира процес на реформи, който разчита на промени в правната рамка за психично здраве, създаване на политически документ и след това на планове за действие и поредица от регулаторни документи. Основната цел на реформата на психичното здраве в Албания е създаването и развитието на национално ниво на грижи за психичното здраве в общността, и единственият начин да се постигнат услуги за психично здраве в общността за всички е деинституционализацията на психиатричните болници. Реформата има за цел също да промени начина, по който функционират службите за психично здраве; на протоколи за лечение; ролята на специалистите по психично здраве и ролята на членовете на семейството на пациентите.

Изследванията за ранния период на развитие на психиатричните грижи в Албания са доста оскъдни. В условията на турската окупация развитието на Албания е много трудно и както всички останали клонове на медицината, психиатрията е много слабо развита. В съответствие с обяснението за психичните заболявания, истинска медицинска помощ за пациентите напълно липсва. Първоначално психично болните са убивани, по-късно затваряни в семейни домове или им е позволено да се разхождат по улиците без медицинска или социална помощ. В периода на църквите и манастирите се смята, че те са обладани от джинове или че са предизвикали „необикновени същества“ като призрази, сенки и т.н.¹³ На този етап от развитието на лечението на психични разстройства обикновено се ангажирани в грижите са свещеници и имами, така че лечението на болните е напълно примитивно. Това състояние на албанската психиатрия продължава до началото на XIX век, когато започват да се създават първите психиатрични институции.

Откриването на първата болница за психично болни, през 1921 г. във Вльора, бележи много

¹³ Пак там.

важна повратна точка в лечението им. Тук започва истинската история на психиатрията в Албания, която продължава след дълъг период, изпълнен с важни събития, много актьори и личности, оставили незаличима следа в нейното развитие. Първите изследвания върху историята на психиатрията в Албания започват едва през втората половина на ХХ век. Те са публикувани през 1959 г., в първия том на „Трудове на психоневролозите“¹⁴. Под векове турско управление Албания има бавно и слабо социално-икономическо развитие. При тези условия развитието на икономиката, културата и здравето е изключително трудно. Както всички други клонове на медицината, психиатрията е много слабо развита. Теоретичните концепции за психиатричните заболявания се определят от социално-икономическите и историческите условия, в които се развиват науките като цяло. В съответствие с обяснението на тези патологии се определя и помощта, която получават хората, страдащи от психични заболявания.

Развитието на историята на албанската психиатрия е описано в четири периода:

- в периода на църквите и манастирите (преди 1921 г.), продължил стотици години;
- в преходния период (1921-1944);
- в научния период (1945 -1990);
- в периода след 90-те години.

Първи период

В периода на църквите и манастирите, продължил стотици години, преобладава мнението, че психичните заболявания са причинени от неволно предизвикване или случайна среща с „необикновени същества“, като демони, джинове, сенки и др., които би трябвало да живеят около хората, но невидими. Мнозина смятат, че човек е психично болен в онези случаи, когато се присъедини към дявола и не оздравява, докато не го извади от тялото си. Това състояние на албанската психиатрия преобладава до началото на XIX век. Независимо от нивото на развитие или използваните методи на лечение, психиатрията от периода на църквите и манастирите играе положителна роля в лечението на психично болните, тъй като последните са били събирани на определени места, като определена форма на закрила.

Вторият или преходният период от развитието на психиатрията в Албания включва времето на преход от мистичния мироглед за психичните заболявания към научния мироглед¹⁵.

Третият период, сочен за научния период на развитие на албанската психиатрия започва след освобождението на страната от нацистко-фашистките окупатори, през 1944 г., когато започват усилията за изграждане на специални болници за психично болни.

Четвъртият период¹⁶ е един от най-специалните и динамични периоди в развитието на психиатрията в Албания. Той е свързан с трудните години на продължителния преход на страната към нова социално-икономическа система и съставлява четвъртата част от историята на психиатрията. Периодът се простира от 1931 г. нататък.

4. История на психичното здраве в България

Традицията на службите за психично здраве в България може да се проследи назад до 1084 г., когато подслон за психично болни е бил Бачковският манастир. В по-ново време, 800 години по-късно през 1884 г., Александровската болница в София започва да приема психично болни пациенти. Първото специално психиатрично отделение е открито през януари 1888 г. от психиатрите Н. Москов, Б. Чакалов, Г. Паяков и Д. Владов, което води до утвърждаване на психиатрията и психиатричната помощ като медицинска специалност в България. През 1894 г. Ловешкото отделение се отваря в специално построена сграда, но десет години по-късно д-р Стефан Данаджиев пише в „Болници за психично болни у нас и в чужбина“, че: „Двете съществуващи психиатрични отделения

¹⁴ Kola, V. (2016). Historia e Psikiatrisë së Shqipërisë.

¹⁵ Пак там.

¹⁶ Пак там

в София и Ловеч, освен че са много малки, не отговарят на съвременните изисквания на психиатричната наука“. Така, през 1933 г. се открива нова сграда за затворници с психични заболявания.

Следващите десетилетия бележат бързото разширяване на психиатричните заведения, което води до създаването на Медицинския факултет в София през 1918 г., а през 1926 г. и до откриването на отделно звено по неврология и психиатрия.

В периода 1949–1951 г. в Медицинския факултет се формира психиатрично отделение със 70 легла. На тази основа по-късно разгръща дейността си Изследователският институт по неврология и психиатрия. През 1960 г. към Изследователския институт се формират: неврологичният отдел със 140 легла; психиатричен сектор, състоящ се от 2 клиники с над 250 легла - едната със 70 легла в базата на известната като „Четвърти километър“, първа психиатрична клиника, а другата - в психиатричната болница Курило (Нови Искър), с над 170 легла (втора психиатрична клиника). Катедрата по неврохирургия, съществува до 1973 г. Научният институт по неврология и психиатрия и неврохирургия е открит през 1976 г.

През 1992 г. е създадена Държавната университетска болница по неврология и психиатрия с общо 242 легла, разпределени в 5 клиники. След това на 28.08.2000 г., Университетска специализирана болница за активно лечение по неврология и психиатрия "Св. Наум" разкрива общо 230 легла в 9 клиники (5 неврологични и 4 психиатрични), както и в отделението по Физическа терапия, рехабилитация и рефлексотерапия.

Здравната реформа в България през 2000 г. бележи началото на нови взаимоотношения в системата и въвежда пазарни елементи в грижата за пациентите, макар и основно медирана от новата здравноосигурителна институция. В психиатрията новите термини се използват предимно от работещите в извънболнична помощ, където процесите на децентрализация на услугите протичат както в повечето други медицински дисциплини. Психиатрията в болничната си част обаче, остава извън тези процеси и по този начин до голяма степен запазва своя институционален характер. Новите технологии за лечение на психични разстройства далеч надхвърлят чисто медицинска намеса, която в психиатрията до голяма степен се ограничава до лекарствена терапия и някои немедикаментозни методи. Те предполагат координирани действия на екипи от различни специалисти по компетентност и организация като лекари, медицински сестри, психолози, социални работници и др.

5. Организация на здравни и социални услуги за лица с психични проблеми

Много малко са държавите, които имат оптимална комбинация от услуги, насочени към хора с психични проблеми. В някои развиващи се страни услугите за психично здраве са застъпени в по-широкия обхват на здравеопазването, като биват интегрирани в услугите за първична помощ. Други страни позиционират специализирани служби за психично здраве в общите болнични заведения. Налице са и добри примери в политиките на някои страни за междусекторно сътрудничество между НПО, организации, академични институции, здравни служби в публичния сектор, неформални услуги за психично здраве и потребители, водещи до развитие на общността. От друга страна, дори на национално равнище обикновено съществуват значителни различия между отделните региони, което може да доведе до непропорционално разпределение на двата вида услуги.

В развитите страни процесът на деинституционализация през последните три десетилетия доведе до намаляване на контингента на психиатричните болници и до затваряне на много от тези институции. На много места този процес не е придружен от предоставяне на достатъчно услуги, базирани в общността, а ако все пак това се случва, често услугите са неадекватни и неравномерно разпределени. Развитието и усъвършенстването на услугите за психично здраве в първичната медицинска помощ също остава проблемна област. Например, въпреки че депресията е често срещан проблем в заведенията за първична помощ, това заболяване все още трудно се идентифицира от практикуващите първична помощ.

От глобалния опит могат да се извлекат два основни извода. Първо, услугите за психично

здраве представляват предизвикателства както в развиващите се, така и в развитите страни. Естеството на предизвикателствата обаче варира. Организацията на услугата трябва да се основава на принципите на достъп, координираност и приемственост на грижите, ефективност, равенство и зачитане на правата на човека. Експертите, които са ангажирани в планирането на услугите за психично здраве трябва да определят точната комбинация от различни видове услуги и нивото на предоставяне на конкретни канали за предоставяне на тези услуги. Като цяло търсенето на различни услуги варира значително в различните страни, но относителните нужди от различни услуги са много сходни в много страни. Ясно е, че най-многобройни трябва да бъдат неформалните услуги за психично здраве в общността, базираните в общността услуги за психично здраве, предоставяни от персонала на първичната медицинска помощ, последвани от психиатрични услуги в болнични заведения и специализирани служби за психично здраве. Услугите, предоставяни от психиатричните болници следва да бъдат запазени, тъй като винаги ще има нужда от дългосрочни решения за много малък процент от пациентите, дори ако предоставянето на услуги, базирани в общността, е от висок порядък. Интегрирането на услугите за психично здраве в общностните здравни услуги помага да се намали въздействието на стигмата, свързана с търсенето на помощ от независими служби за психично здраве. Това също така помага за преодоляване на острия недостиг на специалисти по психично здраве и насърчава ранното идентифициране на психични разстройства при хора, които имат психосоматични симптоми в общите здравни услуги.

Интегрирането на услугите за психично здраве в общите здравни услуги е най-надеждната стратегия за разширяване на услугите за психично здраве. Интеграцията може да бъде продължена на клинично, управленско, административно и финансово ниво. Заедно с това, пълната интеграция има както предимства, така и недостатъци и страните трябва да вземат предвид локалните обстоятелства при избора на пълна и частична интеграция. Трябва да има добра интеграция поне на клинично ниво. Това включва интеграция в основни грижи, интеграция на психичното здраве в общите болници, развитие на връзките между първичната помощ и вторичните услуги и интеграция на психичното здраве в други утвърдени здравни и социални програми. Интеграцията в първичната медицинска помощ изисква персоналът за първична медицинска помощ да бъде обучен да поема отговорността при предоставяне на услуги за психично здраве и при насърчаване на здравната култура. Необходимо е държавите да изградят официални и неформални служби за психично здраве. Последователният подход към грижите е по-подходящ за хора с тежки и дългосрочни психични разстройства. Той подчертава необходимостта да се отговори на всички нужди на пациентите, включително социални, професионални и психологически потребности. Експертите трябва да планират предоставянето на услуги, за да преодолеят бариерите, да подобрят достъпа и по този начин да намалят продължителността и тежестта на увреждането, причинено от психични разстройства. Необходимо е да се ръководят от принципа на недискриминация и да се стремят да премахнат неравенството в услугите за психично здраве между селските и градските райони, тъй като услугите обикновено се организират от управленска гледна точка и потребителите са принудени да се адаптират към конкретната структура на услугата, до която имат нужда от достъп. Необходимо е и междуинституционално сътрудничество както в здравния сектор, така и извън здравния сектор (междусекторно сътрудничество). Признаването на необходимостта от съвместни усилия е първата стъпка към увеличаване на сътрудничеството между и в рамките на секторите. Сътрудничеството може да се подобри чрез включване на други сектори във формулирането на политики, делегиране на отговорност за определени дейности на агенции от други сектори, създаване на информационни мрежи с агенции от други сектори и, наред с други мерки, създаване на национален консултативен комитет с участието на съответни агенции извън секторите на психичното здраве.

6. Области на социална работа в сферата на психичното здраве

Често, областите на клинична социална работа се разгръщат и уточняват съобразно характеристиките на проблемите и нуждите на клиента. Според изследователите в полето, това

представяват такива проблеми и нужди, които „могат да бъдат успешно третирани и разрешавани именно чрез клинична работа. Това е първото теоретично ниво, на което можем да представим областите на клиничната работа – в него присъстват най-застъпените проблеми, по които помага клиничната социална работа.“¹⁷ В основата на този подход към дефиниране практичските полета на интервенция на клиничната социална работа, стои идеята, че клиентът може да бъде категоризиран според категориите потребители, за които определен специфичен аспект на проблема, който те са изразили (което всъщност ги категоризира) е клиничният начин, определен за подпомагане. Тези категории формират области на социалната работа, и в частност на клинична социална работа¹⁸, което определя и „второто ниво на обособяване на области на клиничната социална работа.“¹⁹ От друга страна, изследователите напомнят, че „не само наименованието и поставеният във фокуса „клиничен“ проблем правят социалната работа в дадена сфера клинична. Помагащият потенциал на клиничната социална работа се изразява в разбирането за посвещаване на подълбоката и трайна промяна в личността и в качеството на личностното и социално функциониране на клиента. А в този смисъл заслужава да работим „клинично“ дори и в такива сфери на социалната работа, в които патологията, незрелостта и дисфункциите не са така видими в изявените проблеми на клиента.“²⁰

Могат да се обхванат широк спектър от нарушения и потребности, които попадат в обхвата на клиничните социални работници, например: психични разстройства; дистрес; тревожност; справяне със стресови фактори и събития; психична травма; криза; дезадаптивно поведение и делинквентно поведение; емоционални и поведенчески разстройства; социален дефицит, липса на социални умения и ниска степен на автономност; физически и психо-социални нужди – значително отклонение от общоприетите стандарти, характерни за зрелостта или за определен етап от възрастовото развитие (например, липса на личностни качества, в резултат на което клиентът развива антисоциални, девиянтни или неефективни модели, които са непродуктивни за собствените потребности и интереси).

В този смисъл, специалистите на „социалната клиника“ са призвани да разпознават и разбират човешкото поведение и психопатология, различията в психичното функциониране между хората, междуличностните отношения и семейната динамика. Те са ангажирани и в области на интервенция, като психични разстройства, стрес, пристрастяване към психоактивни вещества, насилие и последиците от заболяване или нараняване.

Трудностите на нуждаещите се и потребностите им от психосоциална подкрепа, която клиничните социални работници оказват, произтичат също от въздействието на физически, социални и културни фактори, които, взети предвид, разширяват знанието за емоционалното поведение, включващо както съзнателни, така и несъзнателни процеси²¹. От друга страна, специалистите по здравни грижи, каквито са клиничните социални работници, интервенират и в случаите, когато са налице специфични психосоциални проблеми и нужда от професионална подкрепа при справяне със стресови житейски събития²², при нарушено социално функциониране, резултат от възрастовите фактори в процеса на стареене. В областта на геронтологичната социална работа, клиничната експертиза на социалния работник обхваща интервенции насочени към рисковете от клиничен спад

¹⁷ Механджийска, Г. (2017). Как помага клиничната социална работа: области и методи за интервенция. Социална работа. 2, V, с. 6.

¹⁸ Australian Association of Social Workers. Social Work in Mental Health – <https://www.aasw.asn.au/document/item>

¹⁹ Механджийска, Г. (2017). Как помага клиничната социална работа: области и методи за интервенция. Социална работа. 2, V, с. 6.

²⁰ Механджийска, Г. (2017). Как помага клиничната социална работа: области и методи за интервенция. Социална работа. 2, V, с. 9.

²¹ National Association of Social Workers. (2003). Standards and Indicators for Cultural Competence in Social Work Practice.

²² World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958> Accessed 02.10.2019

и последиците от влошаване на когнитивното и физическото състояние, развитието на деменция, депресия, социална изолация и самота, психосоциални последици и прояви на функционални разстройства и промени в нивото и качеството на автономното функциониране. Може да се каже, че интервенциите също са цел в тази област на психосоциалните потребности, които пряко засягат постигането на лично удовлетворение и психично благополучие, например, потребността от близост, свободен избор, уединение, независимост, приятелство, семейство, комуникация, социален живот, постижения и т.н.

6.1. Методи на социална работа в психичното здраве

Редица автори отбелязват многообразието в репертоара на методите на клинична социална работа. Условно, областите на тяхното приложение могат да се систематизират по следния начин²³:

- психосоциални и социално-терапевтични консултации;
- помощ и подкрепа за справяне на хората в затруднение;
- увеличаване на устойчивостта или решаването на проблеми в ежедневието (включително в социалната среда);
- развиване на умения и повишаване на социалната и умствената способност (например чрез обучение, стимулиращо когнитивните функции, насърчаване, тренинги за придобиване на социални умения, психосоциална рехабилитация и др.)

Според Националната асоциация на социалните работници в САЩ, ключовите дейности в клиничната социална работа са²⁴: оценяване; диагностика; лечение, включително психотерапия и психологическо консултиране; застъпничество, ориентирано към клиента; подкрепа за независим живот.

Социално-терапевтичната и консултативната практика на клинични социални работници има различни прояви като: терапевтична работа със случая, предоставяне на ефективна помощ, съобразно условията и средата, координация на услугите, оценка на личния капацитет на клиента за самоуправление и поемане на отговорност и др.²⁵. Според Г. Механджийска, в „по-широкия си смисъл методите на клиничната социална работа интегрират клинични и неклинични интервенции в съгласувана концептуална и методическа рамка на помагане по индивидуален случай, в който е представена клинична проблематика (нарушение, страдание, дисфункция, разстройство в биопсихосоциалното функциониране, потребност от възстановяване и терапия).“²⁶

В този смисъл, *клиничната социална работа преодолява ограниченията на медицинския модел, който се фокусира предимно върху болестите и дефицитите*²⁷. Именно чрез психосоциалния подход, ориентиран изключително към клиента и неговата актуална (социална, жизнена) ситуация, клиничният социален работник взаимодейства с него и предоставя възможности, развива умения, отключва личния потенциал за справяне, и индивидуалните ресурси за развитие, създава доверителни отношения, отворяйки пространство за автономен избор и дейност.

6.2. Модели на социална работа в областта на психичното здраве

Медицински модел

Медицинският модел²⁸ е създаден от психиатъра Р. Д. Лаинг, чиято структура и

²³Association of Social Work Boards. (1998). Model Social Work Practice Act. Retrieved May 19, 2008 from www.aswb.org/Model_law.pdf

²⁴Corcoran, J., Walsh, J. (2006). Clinical Assessment and Diagnosis. In: Social Work Practice. New York: Oxford University Press.

²⁵Stitz, A. (2015). Recovery und Klinische Sozialarbeit. ZKS-Verlag.

²⁶Механджийска, Г. (2017). Как помага клиничната социална работа: области и методи за интервенция. Социална работа. 2, V, с. 24.

²⁷Roessler, M. (2008). Sozialraumorientierte und klinische Sozialarbeit im Dialog. – Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung, 4. Jg., Heft 3, Juli.

²⁸Laing, R. (1971). The Politics of the Family and Other Essays, Routledge.

съдържателни измерения описва в „Семейна политика и други есета“ (1971). Моделът е предназначен за „поредица от процедури, в които се обучават всички лекари“, която включва оплакванията на пациента, анамнеза, физикален преглед, помощни тестове, ако е необходимо, диагноза, лечение и прогноза със и без лечение. Медицинският модел възплаща основните предположения за лечението, което стимулира разгръщането на изследванията и теоретизира физическото или психическо нарушение въз основа на признаците „причина“ и „подобрене“, или етиология на нарушението и прогностичните му стойности.

В съпоставителен план с други модели в областта на психичното здраве, медицинският модел ярко контрастира що се отнася до основното предположение за възникване на нарушението или етиологията на заболяването. Такива, например, са холистичния и социалния модел, ефективни в работата с хора с физически увреждания, както и биопсихосоциалните и терапевтичните модели, приложими в областта на психичните разстройства. Аргумент в тази посока е теорията за двойната шизофрения на Грегъри Бейтсън, според която отключването на шизофрения е по-скоро свързано с екологични, а не медицински причини. Въпреки различните отправни точки при изследване и дефиниране на определено нарушение или затруднение, е от съществено значение да се посочи, че тези модели не са взаимно изключващи се. Моделът не е изявление за абсолютна реалност или система от вярвания, а инструмент за подпомагане на пациентите. По този начин средата е основният критерий, а полезността на модела зависи от контекста.

В психологията терминът „медицински модел“ се отнася до предположението, че психопатологията е резултат от нечия биология, т.е. физически / органичен проблем в мозъчните структури, невротрансмитерите, генетиката, ендокринната система и т.н. (напр., при травматично увреждане на мозъка, болест на Алцхаймер или синдром на Даун). В тези ситуации медицинският модел е полезен като ръководство, стандартизирана процедура за диагностика, прогноза и изследвания. Въпреки това, за повечето психични разстройства изключително стандартизираната подкрепа в медицинския модел води до непълно разбиране и често, до непълни или неефективни интервенции за психично лечение.

Възходът на съвременната научна медицина през XIX-ти век оказва голямо влияние върху развитието на медицинския модел²⁹. В края на XIX-ти и началото на XX-ти век са открити физическите причини за редица заболявания, което от своя страна доведе до развитието на ефективни форми на лечение. Концепциите за заболяване и нарушение/увреждане са от съществено значение за медицинския модел. Като цяло „болест“ или „нарушение“ се отнася до някои отклонения от нормалното функциониране на тялото, които имат нежелани последици за засегнатия индивид. Важен аспект на медицинския модел е, че той се занимава с признаци (обективни показатели) и симптоми (субективни чувства на загриженост, изразени от пациента) като показатели за основна физическа аномалия (патология) в индивида. Според медицинския модел медицинското лечение, когато е възможно, трябва да бъде насочено към основната патология, в опит да се коригира аномалията и да се излекува болестта. По отношение на много психични заболявания, например, предположението е, че причината за разстройството се крие в отклоненията в мозъка на засегнатото лице (особено в невроциркулацията). Това води до извода, че „нарушеното“, „аномалното“ поведение не се научава, а спонтанно се генерира от нарушенията и дисфункцията на мозъка. Според медицинския модел, за да бъде ефективно едно лечение (като медикаменти), то трябва да бъде насочено най-вече към коригиране на химичния дисбаланс в мозъка на психично болния човек. Ето защо, правилната диагноза (т.е. категоризиране на признаците и симптомите на заболяването в смислени болестни/клинични групи) е от съществено значение за медицинския модел.

И накрая, придържането към медицинския модел има редица други последствия за пациента и обществото като цяло, както положителни, така и отрицателни. В медицинския модел лекарят традиционно се разглежда като експерт и се очаква пациентите да следват неговите съвети. Лекарят

²⁹American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington: VA, p. 21.

заема авторитетна позиция по отношение на пациента. Поради специфичната експертиза на лекаря, според медицинския модел, това е необходимо и очаквано. Въпреки че, през последните години, моделите и подходите фокусирани към предоставянето на грижа, ориентирана към пациента, се развиват изключително бързо и акцентират върху все по-нарастващата значимост на активното участие на пациента в подпомагащия процес. В сравнение, медицинският модел поставя лекаря на първо място и му дава роля на водещ специалист по опазване на здравето, обучен в диагностика и лечение. Основен принцип на модела е, че болен пациент не трябва да носи отговорност за състоянието си, в смисъла на основополагащите начала на медицинската дейност – че пациентът не трябва да бъде обвиняван или заклеймен за болестта. Този дълбоко хуманен в същността си принцип обаче, често се интерпретира погрешно, като основание за лишаване на индивида от възможността сам да задейства ресурсите си за справяне с „болестта“, да приеме професионална подкрепа, която би го овластила и би подпомогнала неговата автономност. Напротив, според медицинския модел болестното състояние на пациента е от голямо значение, а на социалните, психологическите и други „външни“ фактори, които влияят върху поведението на пациента, може да се обърне по-малко внимание³⁰. Ето защо, този модел е приоритетно фокусиран върху медицинската намеса и лекарствената терапия.

Въз основа на медицинския модел психичните заболявания се третираат отчасти като медицинско състояние, обикновено чрез употребата на лекарства, които променят химията на мозъка. В повечето случаи тези медикаменти добавят или променят химикал, който е отговорен за проблеми свързани с промени в настроението, възприятията, проява на тревожност или други симптоми. Независимо от това обаче, при правилната доза лекарствата могат да окажат дълбоко положителен ефект върху функционирането

Психосоциален модел

Практиката на социалната работа, реализирана през психосоциалния модел се фокусира върху терапията, консултирането и предоставянето на подкрепа, чрез помагащия процес. Дейностите са ориентирани към положителни промени в когнитивните функции, поведението, опита, психичното благополучие, социалните контакти, поддържането на социални роли, социална активност и независимост³¹. Психосоциалният подход разглежда индивидите в контекста на комбинираното въздействие, което психологическите фактори и социалната среда оказват върху тяхното физическо и психическо здраве и способността им да функционират. Този подход се използва в широк спектър подкрепящи професии в областта на здравеопазването и социалните грижи, както и от изследователи в медицинските и социалните науки³². За първи път е приложен от психолога Ерик Ериксън в неговото описание на етапите на психосоциалното развитие. Мери Ричмънд, пионерът на американската социална работа, смята, че има линейна връзка между причина и следствие в диагностичен процес. През 1941 г. Гордън Хамилтън преименува концепцията за „социална диагноза“ от 1917 г. като „психосоциално изследване“. Психосоциалното изследване е доразвито от Холис през 1964 г. с акцент върху модела на лечение. Адолф Майер в края на XIX-ти век заявява, че не можем да разберем индивидуалното представяне на психичните заболявания (и увековечаващите ги фактори), без да знаем как този човек функционира в заобикалящата го среда³³. Именно от тази концепция произтича развитието на изследванията в сферата на психосоциалната оценка. Интердисциплинарни по своя характер, тези изследвания обединяват изследователи, академици и практиканти, които имат интерес да допринесат за по-всеобхватното вникване в същността на психосоциалното оценяване. Психосоциалната оценка разглежда няколко ключови области, свързани с психологическото, биологичното и социалното функциониране и наличието на ресурси

³⁰ Fritsher, L. (2020). Medical Model Use in Psychology - <https://www.verywellmind.com/medical-model-2671617>

³¹ Dogar, I.A. (2007). Biopsychosocial Model. APMC, Vol 1(1), January 2007 – https://applications.emro.who.int/imemrf/Ann_Punjab_Med_Coll/Ann_Punjab_Med_Coll_2007_1_1_11_13.pdf

³² Woodward, K. (2015). Psychosocial Studies. NY: Routledge, pp. 3–4, 7–8.

³³ Пак там.

(личностни, семейни, общностни, институционални и т.н.). Това е систематично изучаване, произтичащо от представянето на динамично взаимодействие между голям набор от фактори; това е непрекъснат процес, който продължава през цялото лечение или подпомагащия процес и се характеризира с причинно-следствена циркулация.

При оценката, специалистът по здравни грижи или клиничният социален работник, идентифицира проблема, предоставя на разположение ресурсите за справяне с него и разглежда начините, по които той може да бъде решен чрез хипотеза, формирана посредством събиране на данни³⁴. Тази хипотеза е с доказателен характер и преминава през процес на елиминиране, усъвършенстване или възстановяване на определени интервенции в светлината на новополучените данни. Оценката включва психиатрично, психологическо и социално функциониране, рискове, проблемите, които следва да бъдат преодолени и всякаква съпътстваща заболяемост, лични обстоятелства, включително членовете на семейството или други лица, полагащи грижи. Други фактори касаят жилищното настаняване, финансовото и професионалното състояние и физическите нужди на човека. Категоризацията на оценките се съобразява с информацията за житейската история на клиента, която включва: събиране на данни за жизненото и финансовото състояние, социалната история и подкрепа, семейната история, уменията за справяне, религиозни/културни фактори, системна травма или злоупотреба, както и правни фактори (оценка на информираността на клиента относно правата му, документи и декларации от правен характер, заместващо вземане на решения, разрешение и съгласие)³⁵. В допълнение, в зависимост от спецификата на случая, психосоциалната оценка може да се отнася и до наличните ресурси от психо-емоционално естество, злоупотребата с наркотични вещества, механизми, стилове и модели на лечение/терапия (на индивидуално или семейно равнище, професионалната среда и използване на системите за социална подкрепа) и т.н. В зависимост от своята подготовка и професионална специализация, клиничните социални работници включват резултатите от индивидуалните скали и тестовите инструменти в своите оценки. В края на 80-те години на миналия век, Ханс Айзенк, в редица психологически изследвания предизвиква спорове относно методите за оценка, като по този начин актуалните за 20-ти век модели на оценяване постепенно отстъпват място на цялостната биопсихосоциална оценка.

Лечението на психосоциални разстройства в медицинския модел обикновено включва само използването на медикаментозна и разговорна терапия (психотерапия). Психосоциалната подкрепа е предоставянето на психологически и социални ресурси от специалист, подкрепящо лице, което насърчава способността на индивида да се справи с проблемите, с които се сблъсква.

Био-психо-социален модел

Този модел е гъвкав в своята теоретична рамка, по отношение на оценката и интервенциите в процеса на подпомагане и достъп до всеки отделен случай, по който социалният работник работи. Акцентът пада върху физическите, психологическите и социалните преходи, характеризиращи спецификата на помагащия процес, както и върху сложните междуличностни взаимодействия, околната среда, индивидите, семейството и групите. Чрез този модел се взимат предвид три направления или области на подкрепа, целящи възстановяването на индивида: психиатричното лечение, назначено от психиатъра; детерминативната роля на психичните фактори и механизмите или психологическите последици от заболяването (потенциал, развитие, справяне), определени от психолога; разкриването на социалните условия, социални прояви, трудностите и др., обект на изучаване и интервенция от страна на социалния работник. По този начин, индиректно, социалният работник подпомага реорганизирането и възстановяването на адаптивно общество чрез директна намеса, взаимодействайки с индивида, семейството, околната среда.

Био-психо-социалният модел е интердисциплинарен модел, който разглежда връзката между биологията, психологията и социално-екологичните фактори. Моделът специално изследва как тези

³⁴ Woods, M. Hollis, F. (1999) A Psychosocial Therapy. McGraw-Hill Companies, Incorporated.

³⁵ Balgopal, P.R. (2000). Social Work Practice with Immigrants and Refugees. p. 220.

аспекти са вплетени в динамична връзка в контекста на човешкото развитие. Моделът е разработен от Джордж Л. Енгели Джон Романо от Университета в Рочестър през 1977 г. и първият, който използва този тип многопластова интерпретация. От тогава насам био-психо-социалният модел получава критики за своите ограничения, но продължава да оказва влияние в областта на психологията, здравеопазването, медицината и човешкото развитие³⁶.

Разработвайки модела³⁷, Енгел го адаптира както за болести, така и за психологически проблеми. Биопсихосоциалният модел отразява развитието на болестта чрез сложното взаимодействие на биологични фактори (генетични, биохимични и др.), психологически фактори (настроение, личност, поведение и др.) и социални фактори (например културни, семейни, социално-икономически и др.). Ако вземем за пример етиологията на депресивните разстройства, моделът изразява схващането, че човек може да има генетична предразположеност към депресия³⁸, но трябва да има социални фактори като екстремен стрес на работното място например, или в семейния живот, и психологически фактори като стремеж към перфекционизъм, които да отключат този генетичен код за депресия. Възможно е да съществува генетична предразположеност към заболяване, но социалните и когнитивните фактори са тези, които трябва да бъдат взети предвид на първо място. По-специално Енгел революционизира медицинската мисъл, като предлага отново разделяне на тялото и ума. Идеята за дуалистичната връзка ум-тяло е развита още през XVII-ти век, във философското учение на Рене Декарт, но е оставена на заден план в ерата на биомедицинския подход. Енгел подчертава, че биомедицинският подход е погрешно конструиран, защото не тялото е основният фактор за развитието на болестта. По-скоро индивидуалният ум (психологически и социални фактори) играе важна роля за осмисляне произхода на едно заболяване и начините за неговото лечение. Енгел предлага като основно средство на подпомагане диалогът между пациент и лекар, за да се намери най-ефективното решение за лечение. Според него материалистичните и редуccionистки идеи, предложени с биомедицинския модел, са погрешни, защото не могат да бъдат проверени на клетъчно ниво (индивидуално равнище). След публикуването му, биопсихосоциалният модел е приет от Световната здравна организация през 2002 г., като основа на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF)³⁹.

Двадесет и пет години след пионерската работана Енгел, биопсихосоциалният модел все още се използва широко като психологически модел. Биологичните, психологическите и социалните категории разширяват своите измерения в по-големи категории: конкретно, социалният аспект се разгръща значително чрез идеи отдуховен и културен порядък. Въпреки че много психолози може да не припознават напълно този модел в професионалната си практика, той е популярен с обединяването на три важни категории.⁴⁰ Дори ако не всички аспекти са приложени към ситуацията, биопсихосоциалният модел има широко приложение на концептуално равнище. Това показва, че проблемите, които може да срещне един човек са свързани, взаимодействат в мрежа, и могат да бъдат по-сложни, отколкото преди се е предполагало. Когато Енгел за първи път предлага биопсихосоциалния модел, той е насочен към по-добро разбиране на здравето и болестта. Имайки предвид не само физиологичните и медицинските аспекти, но и психологическото и

³⁶Rochester University (2019). The Biopsychosocial Model Approach – <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>

³⁷ Engel, G. (2009). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Holistic Medicine*. 4/1, pp. 37–53.

³⁸ Engel, G.L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137/5, pp. 535–544.

³⁹ Hopwood, V., Donnellan, C. (2010). Current context: neurological rehabilitation and neurological physiotherapy. In: Val Hopwood, V., Donnellan, C. *Acupuncture in Neurological Conditions*. Churchill Livingstone, 2010, pp. 39-51. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702030208000035>)

⁴⁰ Borrell-Carrió, F., Suchman, A., Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2/6, pp. 576–582.

социалното благополучие, биопсихосоциалният модел намира своите основания и има множество приложения в областта на здравето и медицината.

7. Ролята на социалния работник в областта на психичното здраве

Социалните работници са обучени специалисти, които работят за подобряване качеството на живот и благосъстоянието на другите чрез директна практика, кризисна намеса, изследвания, организиране на общността, промяна на политиките, застъпничество и образователни програми. Социалните работници се ангажират да търсят социална справедливост и се стремят да помогнат на засегнатите от бедност, увреждания, болести, разводи, безработица и други лични проблеми и социални неблагоприятия⁴¹. Социалните работници играят важна роля за подобряване на услугите за психично здраве и резултатите за психичното здраве на гражданите. Те внасят специфична социална и основаваща се на правата, гледна точка в работата си. Техните специализирани умения, основани на взаимоотношенията и фокусът им върху индивидуализирането на помощта и възстановяването, могат да подпомогнат хората да осъществяват положителни промени, базирани на автономен избор и самостоятелни решения. Социалните работници са обучени да работят в партньорство със своите клиенти, техните семейства и полагащите грижи, за да оптимизират решенията за социално включване и сътрудничество. Социалните работници управляват и някои от най-предизвикателните и сложни рискови ситуации за хората и обществото и вземат решения със и от името на хората в сложни правни казуси, като балансират и защитават правата на различните страни. Социалният работник в областта на психичното здраве е фокусиран върху оценката, диагностиката, лечението и профилактиката на психични, емоционални и други поведенчески разстройства.

Социалният работник в областта на психичното здраве преодолява медицинския модел в своята практика и в индивидуалната диагностика, за да идентифицира и превъзмогне социалните неравенства. Обобщавайки ролите на общопрактикуващия социален работник, които до голяма степен отразяват тези на клиничния социален работник, някои изследователи посочват, че има той има „ангажимента да бъде „консултант”, „посредник за получаване на социални услуги”, „посредник за получаване на социални помощи”, „защитник”, „активист”, „посредник в общуването”, „пълномощник”, „обучител”, „инициатор”, „координатор”, „изследовател”, „организатор на работа с групи”, „публичен говорител” и „катализатор на микросоциалната промяна”⁴². В този смисъл се изтъква, че „ролите на клиничния социален работник съвпадат с тези на общопрактикуващия, като съдържанието им е съобразено със специфичните особености на целевата група от лица с психични разстройства”⁴³. Неговата професионална дейност се определя като практика на професионално приложение на теорията и методите на социалната работа за решаване и превенция на психосоциални проблеми. Целта на интервенциите е да се подобри и поддържа психосоциалното функциониране. Практиката на социалните работници се разглежда в нов контекст на психичното здраве, където трябва да се осигурят подходящи условия за живот на клиентите с психични разстройства, чрез икономическа и материална помощ, както и да им се даде възможност да живеят в общността или в защитени или полузащитени жилища в общността. Определяща характеристика на работата на социалния работник е фокусът на професията върху индивидуалното благосъстояние в социален контекст и благосъстоянието на обществото. Те насърчават социалната справедливост и социалните промени с и от името на клиентите.

По-новите области на практиката на социалния работник включват управление и администриране на социалната работа за трансформиране на социалните политики в услуги и

⁴¹ Australian Association of Social Workers. (2012). Social Work and Mental Health Position Paper – <https://www.aasw.asn.au/document/item/3284>

⁴² Боянова, В., 2018, 28–29; цит. по Сапунджиев, С. (2020). Роля на клиничния социален работник при социална работа с група от лица с психични разстройства. *Социална работа*. 1, VII, с. 38.

⁴³ Пак там.

насочване на дейностите на организацията към постигане на целите⁴⁴. Социалният работник по психично здраве работи с клиенти индивидуално, с членове на семейството, защитава правата на клиентите, използва ресурси, чрез които благоприятства връзките на индивида с трети страни. Той е важна част от мултидисциплинарния екип и работи, като разпознава нуждите и потребностите на пациентите, обследва случая и се фокусира върху социално-екологичната ситуация. Социалният работник осъществява своята дейност, като насърчава индивида да изследва външния свят, използвайки и разчитайки на различни ресурси, благотворителни организации, съюзи, подкрепя на семейството, за да го интегрира в обществото. Извършва различни дейности в полза на индивиди, групи и семейства за разрешаване на ситуации⁴⁵. Тъй като социалната работа с хора с психични проблеми предполага „стимулиране и удовлетворяване на потребностите им от общуване, социални контакти, активност, изява и автономност“⁴⁶, специалистите следва да извършват системна и целенасочена дейност, ориентирана към „здравния, психичния, социалния, икономическия, образователния и емоционалния статус на клиентите“ и да допринасят за „позитивиране на цялостното функциониране на засегнатата личност чрез осъществяване на превенция на рецидиви и влошаване на здравословното състояние.“⁴⁷ Целта на всички интервенции за социална работа в психично здраве е да се запази и укрепи здравето на клиента чрез работа с неговите социални проблеми и по-специално чрез подобряване на връзката му с околната среда. Социалните работници са подготвени и могат да поемат и терапевтична роля. Като част от тяхната работа са интервенциите за промяна на поведението, опита, нагласите и взаимоотношенията на индивида. Социалната работа помага като задейства процеси на промяна у клиента, развива способността му да се справя самостоятелно, увеличава или подкрепя потенциала за адаптация и автономен живот, подобрява качеството на биопсихосоциалното функциониране, стабилизира преживяванията и поведението на личността, балансира и подобрява качеството на взаимоотношенията със социалната среда. Социалният работник по психично здраве упражнява своята професия най-често в:

- центрове за психично здраве;
- дневни центрове;
- защитени жилища;
- психиатрични услуги за диагностика и лечение.

Професията на социалния работник насърчава социалната промяна, решаването на проблеми в човешките взаимоотношения и овластяването на индивида за подобряване на благосъстоянието. Социалният работник се намесва в онези аспекти, при които хората взаимодействат с околната среда. Основата на практиката на социалните работници са принципите на правата на човека и социалната справедливост.

Много от ролите, изпълнявани от социалния работник, са същите като тези на други специалисти по психично здраве. Това, което отличава социалния работник от другите, е неговата роля в изграждането на партньорства между професионалисти, болногледачи и членове на семейството; работа с общността за създаване на подкрепяща среда за пациентите, застъпване за подходящи услуги, лечения и ресурси за тях, промяна на социалните политики по въпросите на бедността, заетостта, жилищната политика и социалната справедливост и подкрепа за програми за превенция.

⁴⁴Allen, R. (2014). The Role of the Social Worker in Adult Mental Health Services – https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_112306-10_0.pdf

⁴⁵ National Association of Social Workers. Social Work Profession – <https://www.socialworkers.org/pressroom/features/general/profession.asp>

⁴⁶ Деянова, Г. Формиране на емоционална интелигентност при хора с психични разстройства чрез работа в група. – В: ГСУ Социални дейности, 107, с. 36.

⁴⁷ Пак там.

8. Видове услуги за психично здраве, където социалният работник практикува

Услуги в общността за хора с психични разстройства

Услугите за психично здраве в общността подкрепят или лекуват хора с психични разстройства⁴⁸. Обхватът на услугите за психично здраве в общността варира в зависимост от индивида. Отнася се предимно до общностни грижи за пациента, а не до специфични институционални структури, като болничното заведение, напр. Целта на социалните услуги за психично здраве в общността включва много повече от предоставяне на амбулаторно психиатрично лечение. Основните социални услуги на центъра за психично здраве в общността са специализирани услуги за: деца; възрастни хора; хора с хронични заболявания; пациенти от общността, лекувани от институции за психично здраве.

Обществените служби за психично здраве, известни още като общностни екипи за психично здраве, подкрепят или лекуват хора с психични разстройства (психични заболявания или психични проблеми) в място на пребиваване, вместо в психиатрична болница. Групата на общностните услуги за психично здраве варира в зависимост от държавата, в която се предоставят услугите. Отнася се до система за грижи, при която пациентската общност, а не конкретна структура като болница, е доставчикът на първична помощ за хора с психични заболявания⁴⁹. Целта на службите за психично здраве в общността често включва много повече от просто предоставяне на амбулаторно психиатрично лечение. Социалните услуги осигуряват подкрепено настаняване с пълен или частичен надзор (включително домове), психиатрични отделения в лечебно заведение (включително частична хоспитализация), местни медицински служби за първична помощ, дневни центрове или клубове, центрове за психично здраве в общността и групи за самопомощ.

Центровете за психично здраве в общността са специализирани амбулаторни служби за психично здраве, които предоставят мултидисциплинарни / многоизмерни услуги на ниво общност. Те са част от специализирани организации, въпреки че могат да бъдат физически отделени от тях. Центровете за психично здраве в общността извършват дейности по идентифициране, диагностика, лечение и рехабилитация за всеки човек, страдащ от психични разстройства, както и имат водеща роля в превенцията на разстройства и насърчаване на позитивното психично здраве в зоната на покритие и координират своята дейност със здравните услуги (първични и вторични), но също и с други доставчици на социални услуги. В съответствие с целите и стандартите за функциониране на услугите за психично здраве, общностните центрове предоставят услуги за всички лица страдащи от психични разстройства, тежки психични заболявания като шизофрения и афективни разстройства, в съответната територия на покритие на услугата. Общностните центрове предоставят и специализирани посреднически услуги и играят ролята на медиатор в системата. Центровете за психично здраве в общността са основната отправна точка за пациентите, нуждаещи се от стационарни услуги за психично здраве, освен в случаите на психиатрични спешни случаи, които могат да бъдат насочени директно към най-близкото болнично заведение⁵⁰.

Всяка външна намеса в една общност първоначално среща неодобрение или съпротива. Ето защо, за да бъдат приети и ефективни социалните услуги, е необходимо предварително специалистите да се запознаят с начина на живот в общността, да познават и разпознават тенденциите за развитие на общността. Като цяло социалните работници следва да са компетентни по проблемите и философията на общностното развитие и спецификите на общностните процеси.

⁴⁸ Пакет от албански подзаконови актове, подкрепени в Закон 44/2012, „За психичното здраве“.

⁴⁹ Bentley, K. (1994). Supports for Community-Based Mental Health Care: an Optimistic View of Federal Legislation. *Health & Social Work*, 19/4, pp. 288–294.

⁵⁰ World Health Organization. (2007). Community Mental Health Services Will Lessen Social Exclusion, Says WHO. Geneva: press release. 1 June 2007 –

<https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/>

Дневни центрове за психично здраве

Дневните центрове са базирани в общността услуги за психично здраве⁵¹, които предоставят дейности за развитие на умения, образователни услуги, предпрофесионално обучение и услуги за подкрепа на заетостта за лица с хронични психични разстройства. Тези услуги имат за цел да подпомогнат пациентите в организирането и развитието на техните силни страни, както и в изграждането и укрепването на взаимоотношенията с общността. Предназначени са главно за лица с хронични разстройства и нарушено функциониране в области като: заетост, управление на доходите, социални отношения, ежедневни дейности и т.н.

Цели на услугата:

- обучение на пациентите за постигане на оптимално ниво на функциониране;
- да се даде възможност на пациентите да живеят самостоятелно;
- предоставяне на възможност на пациентите да разберат и управляват заболяването си възможно най-ефективно;
- насърчаване на участието на членовете на семейството в грижите.

Дневните центрове предлагат голям набор от услуги, като например:

1. Услуги за развитие на социални умения, които включват:

- умения за живот в общността, като домакинство, пазаруване, готвене, използване на инструменти, обществен транспорт, управление на приходите;
- умения за лична грижа, като лична хигиена, здравеопазване, управление на лекарства и др. ;
- способност за създаване на социални отношения;
- управление на свободното време.

2. Образователни услуги, които включват психообразование и образование в области от интерес.

3. Предпрофесионални услуги, които насърчават развитието на добри навици, свързани със заетостта и участието в различни занимателни дейности.

Посочените услуги се предоставят чрез следните интервенции:

- *Формулиране на индивидуални планове за грижи* – като част от биопсихосоциалното управление на всички пациенти, трябва да се разработят индивидуални планове за грижи. Планът е многоизмерен, включително нужди от образование, управление на разстройства, професионална рехабилитация и когнитивна рехабилитация.
- *Психообразование* – осигурява се непрекъснато с цел информиране, подкрепа и обучение на пациента в стратегии за управление на ситуацията. Съдържа поне няколко компоненти, свързани с предоставянето на информация за разстройството и неговото управление, първите признаци на рецидив, управление на кризи, лекарства и странични ефекти.
- *Работа със семейството* – има за цел да образова и подкрепи семейството в усилията му да разбере и управлява разстройството възможно най-ефективно, както и да насърчи приемането на пациента в семейството.
- *Обучение в социални умения* – включва подпомагане на пациента при възвръщането на основните социални умения, често загубени поради институционализация; например, умения за лична хигиена, комуникативни умения, изграждане на социални отношения, управление на парите, готвене и др.
- *Професионално обучение* – основава се на официални курсове за професионално образование, като шивачество, фризьорство, дърводелство и др., но също така и в подкрепа на пациенти, които имат нужда да развият своите рутинни умения.

Подкрепени къщи⁵² (защитени жилища)

Подкрепените къщи в Албания са еквивалент на защитените жилища за хора с увреждания в

⁵¹ Пак там.

⁵² Пак там.

България. Подкрепените къщи са функционални звена на службите за психично здраве, които имат за цел да предоставят жилищни услуги на лица в среда, подобна на семейната, където основната цел е грижата и рехабилитацията на лица с психично заболяване. Процесът на рехабилитация се осъществява чрез индивидуален план, основан на терапевтично-рехабилитационна приемственост, както и чрез частично или изцяло подкрепено настаняване с персонал. *Подкрепените къщи са част от мрежата на социалните услуги за психично здраве във връзка с други здравни и социални услуги в съответната област. Тези структури си сътрудничат с общността, към която принадлежат.*

Подкрепените къщи имат за цел да предоставят услуги за настаняване, грижи и рехабилитация за:

- а) хронични пациенти, които вече не се нуждаят от болнично лечение, но са загубили или са били лишени от възможността да живеят в общността поради институционализация;
- и
- б) пациенти с тежки психични проблеми, които не получават семейни грижи или социална подкрепа и имат изразено увреждане, което не им позволява да живеят самостоятелно.

Въз основа на гореизложеното, направленията за такава грижа се извършват от стационарни служби за психично здраве в съответствие със специфичните проблеми на индивида, неговото семейство и социален кръг.

Болнични услуги за психично здраве (психиатрични болници)

Стационарните услуги за психично здраве⁵³ включват предоставяне на денонощна услуга на здравеопазване, в близост до лечебни заведения или специализирани болници, които са организирани и функционират съгласно действащата нормативна уредба, регулираща болничните услуги. В службите за психично здраве със стационар, спешните услуги се предоставят чрез прием на пациенти или услуги за лечение / рехабилитация чрез отделения за субакутни пациенти, които се нуждаят от по-дългосрочно лечение от предвиденото във функциите на приемната служба.

Само лица, които отговарят на следните критерии биват насочвани към стационарните услуги за психично здраве:

- Лицето е насочено от Центъра за психично здраве на в общността или от специализирания лекар, отговарящ за регионите, в които няма центрове за психично здраве, за по-специализирано лечение, след като всички съществуващи възможности за здравно лечение в общността са изчерпани и необходимото лечение се осигурява само чрез хоспитализация в болничните заведения.
- Наблюдение и предоставяне на първа помощ само в случаите, при които не е възможно да се приложат амбулаторни здравни интервенции (спешни случаи);
- Психиатрично консултиране е необходимо в отговор на заявка от спешното отделение на болницата или заявка от други болнични отделения, които не са установили контакт с централните за психично здраве в общността.

Тези услуги са предназначени да обслужват лица, нуждаещи се от болнична помощ, с цел по-добра оценка, лечение и облекчаване на остри психиатрични симптоми, които ограничават / деактивират индивида да функционира в общността за определен период от време. Тъй като хоспитализацията е най-ограничителната услуга сред палитрата от социални услуги на службите за психично здраве, нейната цел е да стабилизира острите симптоми, така че пациентът да може да се върне в общността възможно най-скоро или да бъде преместен в други услуги, предоставяни на това ниво. Лица, които в допълнение към психични разстройства страдат и от други разстройства като умствена изостаналост или злоупотреба с вещества, се приемат в психично-здравни служби със стационар, само ако е необходима хоспитализация за лечение на психичното разстройство.

Тази услуга е предназначена да осигурява лечение на лица с остри психиатрични проблеми и е най-интензивната, инвазивна и ограничаваща услуга за хората с нарушения в психичното

⁵³ Пак там.

функциониране. Болничните услуги за психично здраве предлагат:

- медицински и психологически диагностични процедури⁵⁴;
- наблюдение на развитието на болестта;
- различни начини на лечение, като медикаменти, психотерапия, консултиране, трудова терапия и др.;
- подходящи здравни грижи;
- настаняване и храна според стандартите.

Психиатричните услуги зачитат основните права и свободи на индивида и се стремят да прилага най-малко рестриктивните мерки, като:

- насърчават формирането и развитието на умения за минимизиране на рисковото поведение спрямо себе си и другите;
- предоставят възможност за включване в дейности, които са възможно най-значими за пациента;
- гарантират, че процеса на вземане на решение относно плана за интервенция се реализира в тясно сътрудничество с пациента (информирано съгласие).

В случаите, когато е невъзможно да се избегнат процедури, водещи до принудителна хоспитализация, услугата гарантира, че това е последната възможна мярка и че процедурите се извършват в съответствие със стандартите и от квалифицирани специалисти.

III. ВТОРА ГЛАВА. ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБЛЕМАТИКАТА

1. Дизайн на изследването

Настоящото емпирично изследване е скромен опит да се идентифицират някои от най-ефективните характеристики и практики на европейските модели на социална работа в областта на психичното здраве, въз основа на които ще предоставим препоръки за услуги и интервенции, възможно най-ефективни за съответните целеви групи. Изследователският интерес е фокусиран върху интерпретациите, дадени от експертите в сектора на психичното здраве и в същото време върху прякото приложение и реализирането на услуги за социална работа в сферата на психичното здраве. Изследването е проведено в три европейски държави – Италия, България и Албания. И в трите страни бяха организирани отворени интервюта със социални работници, които упражняват професията си в областта на психичното здраве. В същото време за по-ясна картина и за предоставяне на възможно най-пълна информация беше проведено и пряко наблюдение по време на предоставянето на услуги и интервенции, както здравни, така и социални, за хора с психични проблеми. За да се допълни картината за лечението и целия пакет от интервенции, наблюдението и интервютата се фокусираха и върху комплексен набор от услуги като: здравни услуги, условия на лечение, осигуряване на правата и свободите на лица с психични проблеми, лечение и задължителни хоспитализации, готовност за сътрудничество от страна на други институции със социалния работник и др. Проучването обхваща всичките четири области на услугите за психично здраве, а именно: услуги, предоставяни в центровете за психично здраве в общността, услуги в психиатрични болници / психиатрични отделения, услуги в жилищни структури от семеен тип/ резидентни услуги за психично здраве, услуги в дневни центрове за психично здраве.

Методология на изследването

За постигане целите на това изследване бяха използвани два метода за събиране на информация – *полуструктурирани интервюта* със социални работници в областта на психичното здраве и *пряко наблюдение* в институциите за психично здраве. Информацията, получена от

⁵⁴ Приемането на лице с психични разстройства в специализирана служба за психично здраве със стационар (психиатрична болница/отделение) не може да се използва с цел проверка на трудоспособността.

наблюдението и интервютата със социални работници в областта на психичното здраве, ни предоставя задълбочен поглед върху здравните и социалните услуги за лица с психични проблеми, въз основа на която ще бъдат изготвени основните изводи и препоръки на изследването. Също така във фокуса на изследването са социалните политики, законодателствата на всяка държава, практики и модели на интервенции в областта на психичното здраве и тяхното приложение за лечение и интеграция на тези индивиди, според техните нужди и проблеми.

Изследването стартира през септември 2017 г. и е завършено през 2021 г. Избраните страни в проучването са Италия, Албания и България. В Италия проучването се реализира в град Флоренция, като първоначално процедурата изискваше да се установи контакт със социалните здравни работници, което впоследствие позволи на изследователя да наблюдава и да се запознае отблизо с предоставяните услуги за хора, както и с прилагането на практики за социална работа в областта на психичното здраве.

В Албания основният фокус на изследване беше насочен към град Елбасан не само поради факта, че изследователят работи като социален работник в областта на психичното здраве в този град, но и поради това, че в Елбасан се намира психиатричната болница с най-голям брой легла в страната. Извадката на изследването в Албания включва също така и социални работници в службите за психично здраве в градовете Корча и Шкодра.

В България изследването е проведено, чрез метода на интервюто и обхваща социални работници в областта на психичното здраве, практикуващи в градовете София, Добрич и Карлуково. Отправната точка на проучването беше дефинирането и изборът на областта на изследване (Сравнение на европейските модели на социална работа за лица с психични проблеми) за лица над 18-годишна възраст, фокусирайки се конкретно върху ролята на социалната работа в областта на психичното здраве.

Изследването премина през няколко етапа:

В първата фаза е направен преглед на националната и международната литература за психичното здраве през годините и лечението на лица с психични проблеми днес. Прегледът на литературата ми помогна да анализирам качествените данни, представени в това проучване, както и да прегледам и анализирам теоретичната страна на тези изследвания.

Направен е и подбор на най-добрите услуги и теории за интервенциите на социалните работници в областта на психичното здраве в света и в най-развитите страни. През първата фаза проучването се състоеше от обобщение на съществуващите предложения и изследвания, което се отнася до изследователските въпроси на това проучване.

Втората фаза на изследването се състои в идентифициране на изследователски методи. Това проучване дефинира качествени методи за насочване на анализа на данните, получени от полуструктурирани интервюта със социални работници, които упражняват професията си в областта на психичното здраве в трите държави, включени в изследването. След консултации със специалисти в областта на качествените изследвания, бяха проведени полуструктурирани интервюта, както и пряко наблюдение. Респондентите са професионалисти от сферата на психичното здраве, които практикуват в болници / психиатрични отделения, общностни центрове за психично здраве, подкрепени жилища/резидентни услуги за психично здраве, дневни центрове за психично здраве.

Полуструктурираното интервю съдържа отворени въпроси, където въпросите имат предварително определен ред, така че отговорите на респондентите да могат да бъдат сравними между трите държави, включени в изследването. Интервюто е структурирано в отделни раздели за всеки тип услуги за психично здраве, както следва:

- първият раздел се състои от общи данни като място на работа, град / държава / възраст, пол.
- вторият раздел съдържа въпроси за социални работници в психиатрични болници / психиатрични отделения;

- третият раздел обхваща въпроси за социални работници в общностните центрове за психично здраве;
- четвъртият раздел включва въпроси за социални работници в жилищните структури/резидентните услуги за психично здраве;
- петият раздел съдържа въпроси за социални работници в дневните центрове за психично здраве.

В структурно-съдържателно отношение, интервюто обхваща въпроси, разпределени в няколко *тематични области*:

- услуги и роля на социалната работа в психиатричните болници;
- услуги, предоставяни в общностните центрове за психично здраве и ролята на социалния работник;
- услуги, предоставяни в структурите за настаняване от семеен тип (резидентни услуги) за психично здраве и функцията на социалния работник;
- услуги и роля на социалния работник в дневните центрове за психично здраве.

Прякото наблюдение е осъществено в институции, които предоставят услуги за психично здраве, като психиатрични болници, центрове за психично здраве, резидентни услуги и дневни центрове за психично здраве. Използвано е пряко наблюдение като изследователски метод, за да се предоставят най-реалистични данни и допълнително да се изследват мненията, регистрирани в рамките на интервюто. Данните, предоставени от наблюдението, разкриват по-подробно и в дълбочина процесите и практиките в областта на психичното здраве, важни нюанси и аспекти, които не бяха отчетени от получените данни от интервютата със специалистите и от прегледа на различна документация и литература. Въз основа на резултатите, които ще бъдат представени, ще бъде възможно да се опишат моделите на интервенции за социална работа в Италия, България и Албания, като се подчертаят силните и слабите страни на всеки модел. Това ще представи ефективността и недостатъците на всеки модел и предизвикателствата, пред които трябва да се изправят социалните работници при упражняване на професията си в сферата на психичното здраве.

Цел на изследването е да се установи мнението на ИЛ за моделите на социална работа за лица с психични проблеми.

Задачи:

1. Анализ на характеристиките на процеса на социална работа в Италия, България и Албания.
2. Изследване на предимствата и недостатъците на всеки модел, с цел извеждане на препоръки и приложения на съвременни методи на социална работа за лица, страдащи от психични проблеми и тяхната интеграция в обществото.

В Италия изследването е проведено в провинция Прато, в град Флоренция, в периода май-юни 2019 г. За реализацията на проучването в италианската държава е използвано полуструктурирано интервю с 11 социални работници, от които 5 работят в областта на психичното здраве и 3 от тях са назначени към регионалната обща болница във Флоренция. Част от респондентите включва и 1 социален работник от община Флоренция и 1 социален работник, който практикува професията си в религиозен благотворителен център и работи с пациенти – жени, настанени след болнично лечение. Четирима от интервюираните социални работници са практикували в обществените центрове за психично здраве в Прато, Флоренция. Всички социални работници са от женски пол. Възрастовата група, към която принадлежат респондентите е 35-60 години.

В Албания изследването е реализирано в периода март-април 2021 г., в няколко организации и институции, функциониращи на територията на градовете Елбасан, Корча и Шкодра. В Елбасан проучването се проведе в психиатричната болница и в други услуги за психично здраве, предлагани в този град, поради факта, че изследователят работи в тази институция от пет години. Втората причина е, че болницата в Елбасан е една от психиатричните болници с най-голям брой пациенти и

стационарна грижа (310 легла) на територията на Албания. Изборът на населени места, в които да се осъществи изследването, а също и генерирането на извадка на изследването, е до известна степен предопределен и нерандомизиран, поради факта, че в Албания има много малък брой социални работници, които упражняват професията си в областта на психичното здраве. Основният аргумент за това произтича от обективното състояние и развитие на политиките и стратегиите в областта на психичното здраве в Албания, а именно: интегрирането на социалния работник в институциите за психично здраве започва едва след 90-те години на миналия век, което в голяма степен очертава актуалната картина на клиничната социална работа.

За реализиране на проучването в албанската държава е използвано полуструктурирано интервю с 10 социални работници, които упражняват професията си в областта на психичното здраве. В град Елбасан част ИЛ включва социални работници в център за психично здраве и в психиатрична болница. Извадката в град Корча обхваща един социален работник в резидентна услуга (защитено жилище "Mimoza") и двама социални работници от център за психично здраве. В град Шкодра бяха интервюирани двама социални работници от местната психиатрична болница и двама социални работници от центъра за психично здраве.

Интервюто съдържа въпроси за услугите и ролята на социалната работа в психиатричните болници в Албания, за услугите, предоставяни в общностните центрове за психично здраве и ролята на социалния работник в тези центрове, за услугите, предоставяни в подкрепените жилища за психично здраве и функцията на социалния работник в тези структури, както и услугите и ролята на социалната работа в дневните центрове за психично здраве за лица с психични проблеми в Албания. Всички интервюирани социални работници са жени. Възрастовата група, към която принадлежат респондентите, е в интервала 25-43 години.

В България проучването обхваща институциите за психично здраве в град София и е проведено в периода октомври-декември 2020 г. Методът на изследване е полуструктурирано интервю, а извадката включва 7 социални работници, практикуващи в областта на психичното здраве. Интервюто е структурирано в няколко тематични области и съдържа въпроси за услугите и ролята на социалната работа в психиатричните болници в България, за услугите, предоставяни в общностните центрове за психично здраве и ролята на социалния работник в тези центрове, за услугите, предоставяни в защитените жилища и функцията на социалната работа в тези структури, както и за услугите и ролята на социалната работа в дневните центрове за психично здраве за лица с психични проблеми в България.

2. Анализ на резултатите за ролята на социалната работа в областта на психичното здраве в Италия

Разпространение на услуги за психично здраве в Италия

Въз основа на данните от проведените интервюта със социални работници в Италия, може да се каже, че дейността на службите за психично здраве (DSM) е насочена към населението с психични заболявания или психиатрични разстройства и има за цел да насърчи качеството на живот на хората, семействата и общността, да подобри тяхното благосъстояние и функционалност, като увеличи потенциалните релационни и социални умения. Службите имат за цел да разработят програми за превенция, лечение, рехабилитация, социална и професионална реинтеграция, подкрепа за членове на семейството на психично болни пациенти и насърчаване на интеграцията на интервенции и терапевтична приемственост, стимулирайки използването на комплексен подход, който надхвърля логиката на отделните услуги. Обхвата на услугите за психично здраве в италианската държава е представен в Схема 1.



Схема 1. Услуги за психично здраве в Италия

Роли на социалния работник в психиатричните отделения в Италия

Въз основа на въпросите от втория раздел на интервюто за ролята и функцията на социалния работник в психиатричните отделения / болници и от информацията, получена от прякото наблюдение, заключаваме, че социалният работник, тъй като не е част от структурите и болничния персонал, няма роля при изготвянето на решение за хоспитализация на лице с психични проблеми, което може да е под влиянието на тежки кризи и да се нуждае от болнично лечение. Органът, който взема решение дали дадено лице трябва да бъде прието в психиатрично отделение, е комисия от 3 психиатри, които въз основа на оценката и симптомите, които пациентът показва, решават дали да бъде приет за болнично лечение.

Центрове за психично здраве в Италия

Според отговорите, получени от третия раздел на въпросите в интервюто, стигнахме до извода, че центровете за психично здраве са представители на т.нар. фронтони здравни и социални услуги, първите референтни специализирани центрове, които осъществяват връзка с гражданите с психични проблеми в Италия.

Центровете за психично здраве са врата към системата за психологическа и психиатрична помощ, която координира интервенциите за превенция, диагностика, лечение и социална реинтеграция, реализирайки устойчива социално-здравна интеграция, съобразно компетенциите на териториалните общини. По-специално, Центърът за психично здраве осъществява интервенции като: *психиатрична оценка, психологическа оценка и администриране на психодиагностични тестове; психиатрична, психологическа и амбулаторна социална помощ; съветване по отношение на институции (съдилища, затвори, болници и други здравни служби) и частни лица; психофармакологично и психотерапевтично лечение (индивидуално, двойка, семейство), здравно образование и изследователски дейности; сътрудничество с местните власти за планиране на услуги за психично здраве; дейности по терапевтично планиране; информация и помощ за семейства (Вж. Схема 2).*



Схема 2. Услуги и функции на Центровете за психично здраве в Италия

Роли и функции на социалния работник в общностните центрове за психично здраве в Италия

Въз основа на отговорите на въпросите от третия раздел в интервюто и информацията, получена от прякото наблюдение в общностните центрове за психично здраве в Италия, стигнахме до заключението, че социалният работник в тези центрове е необходима фигура за постигане и поддържане на добро психофизическо състояние на лица, страдащи от психични проблеми.

Тук социалният работник действа според принципите, знанията и специфичните методи на професията. Той упражнява професията си в рамките на ресурсите, предоставени на общността, в полза на нуждаещи се лица, групи и семейства за предотвратяване и разрешаване на ситуации на нужда, като помага и ориентира тези лица към ресурсите и услугите, организира и насърчава откриването и предоставянето на услуги на нуждаещите се и провежда дейности, целящи укрепване на всички ресурси на общността.

Ролята на социалния работник се изразява в дефинирането и оценката на потребностите, реализирането на интегриран работен план (план за работа по случай), според който той трябва да осигури индивидуално благополучие на нуждаещите се.

Услуги в домовете за психично здраве (защитени жилища) в Италия

Според информацията, получена от въпросите от четвъртия раздел на интервюто, разбираме, че заведенията за психично здраве от резидентен тип в Италия са извънболнични заведения, които предоставят терапевтично-рехабилитационна и социално-рехабилитационна услуга за лица с

психични проблеми, които са били насочени или изпратени от центрoвете за психично здраве с индивидуална програма (Вж. Схема 3).

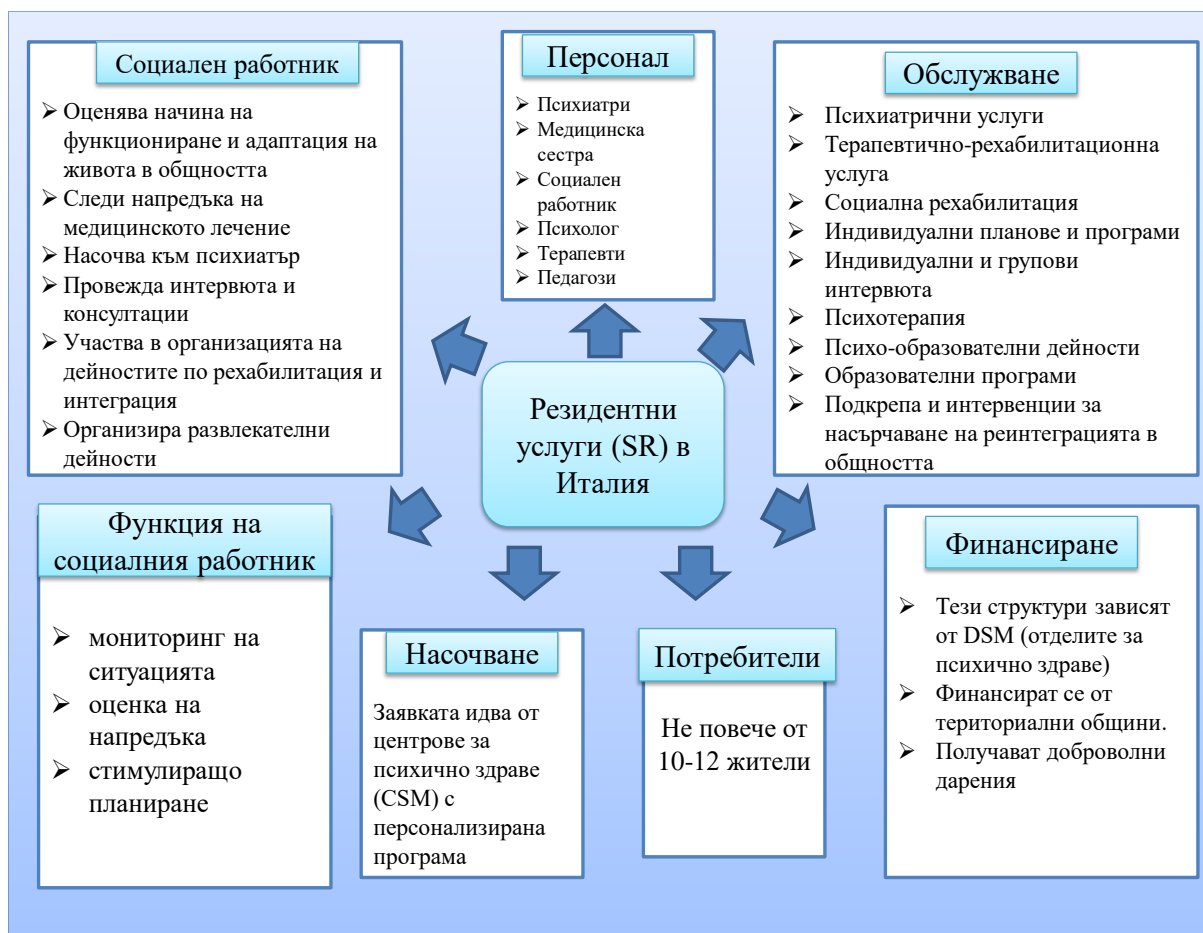


Схема 3. Услуги и функции на резидентните услуги (RS) в Италия

Роли и функции на социалния работник в резидентните услуги в Италия

Въз основа на отговорите, получени от въпросите от четвъртия раздел на интервюто, става ясно, че социалният работник в тези жилищни структури за психично здраве, изготвя оценката на начина на функциониране и адаптиране към живота в общността или други потребители на резидентната услуга. Той също така следи напредъка на медицинското лечение *взаимодейства с психиатъра или целия мултидисциплинарен екип*. Респондентите коментират функцията на социалния работник, която се състои в *мониторинг на ситуацията, оценка на напредъка и цялостното функциониране, планиране на последващи дейности*.

Дневните центрове за психично здраве в Италия – структура и функции

Въз основа на отговорите на въпросите от петия раздел на интервюто и информацията, получена от прякото наблюдение в дневните центрове за психично здраве в Италия, стигнахме до извода, че тези центрове са полурезидентна услуга за подкрепа и рехабилитация на хора с психични разстройства.

Според интервюираните:

- Основният фокус на работа в Дневните центрове е изготвянето и изпълнението на *Терапевтичен рехабилитационен план, който има за цел да подпомогне хората,*

страдащи от психични заболявания, чрез лечение и рехабилитационни дейности, което от своя страна подкрепя социалното им интегриране и укрепва социалните им умения.

- *В Дневните центрове се приемат хора, страдащи от различни видове психични разстройства и изпитващи затруднения при установяването на адекватни междуличностни и социални отношения.*

В интервюта със социални работници се оказва, че *екипът, работещ в тези центрове, е мултидисциплинарен и се състои от психиатър, отговарящ за услугата, професионални медицински сестри, социални работници, психолози, професионални педагози, технически персонал за танцова терапия, музикална терапия, керамика и артистични дейности.*

Роли на социалния работник в Дневните центрове за психично здраве в Италия

Според отговорите, получени от въпросите от петия раздел на интервюто, разбираме, че социалните работници, които работят в дневните центрове, не са част от постоянния персонал, а принадлежат към общностните центрове за психично здраве.

Въз основа на отговорите, получени от интервюираните относно ролята на социалния работник в Дневните центрове за психично здраве в Италия, става ясно, че:

- *Социалният работник посещава центровете по организирана програма и оценява начина на функциониране на всеки участник. Това е организиращата и подкрепящата роля на социалния работник, чрез която се осъществяват развлекателни, рехабилитационни и интеграционни дейности.*
- *Въз основа на оценката на напредъка на всеки индивид, социалният работник идентифицира силните и слабите страни на всеки потребител и съставя индивидуален план за действие и лечение/терапия. Създава възможности и предоставя услуги, или насочва към такива, в полза на хората, и упражнява посредническа роля между потребителите и външни институции, организации, социално-здравни услуги.*

3. Анализ на резултатите за ролята на социалната работа в областта на психичното здраве в Албания

Министерството на здравеопазването и социалната закрила в Албания е органът, отговорен за развитието на услуги за психично здраве, насочени към насърчаване, предотвратяване, диагностициране, лечение и рехабилитация в областта на психичното здраве. Министерството подкрепя дейности и инициативи срещу дискриминацията, стигматизацията и изключването на лица с психични заболявания или увреждания и също така гарантира пълно зачитане на техните човешки права. Изградена е интегрирана система от услуги за психично здраве – мрежа от услуги на регионално ниво, която отговаря на нуждите на населението и обхваща широк спектър от приобщаващи услуги, с фокус върху услугите в общността. Институционалната мрежата от служби за психично здраве се състои от услуги, насочени към диагностика, лечение и рехабилитация на лица с психични разстройства, както и превенция на тези разстройства и насърчаване на позитивно психично здраве. Специализирани услуги за психично здраве се предоставят в: Услуги за психично здраве със стационар (психиатрични болници), Център за психично здраве в общността, Резидентни услуги (Защитени жилища или Домове за подкрепа на психичното здраве), Дневен център (Вж. Схема 4).



Схема 4. Структура на услугите за психично здраве в Албания

Услуги за психично здраве в психиатричните болници в Албания

Въз основа на отговорите на въпросите от втория раздел на полуструктурираното интервю и информацията, получена от прякото наблюдение в психиатрични болници в Албания, стигнахме до заключението, че стационарните услуги за психично здраве в Албания (психиатрични болници) включват предоставяне 24-часово обслужване на средно и висше ниво на здравеопазване, в близост до общи болници или специализирани болници, които са организирани и функционират съгласно действащото законодателство за болничните заведения.

Събраната информация от интервютата, проведени със социални работници за услугите, предоставяни в психиатричните болници в Албания, можем да интерпретираме по следния начин:

В службите за психично здраве със стационар се предлагат два вида услуги - спешни услуги, които се реализират чрез прием на пациенти или услуги за лечение / рехабилитация в отделенията за субакутни пациенти, които се нуждаят от по-дългосрочно лечение от предвиденото във функциите на спешното звено за прием.

Според респондентите, някои от услугите, предлагани в психиатричните болници в Албания са: *психообразование в група; индивидуално психообразование със семейството; психообразование със семейства в група; групи за консултиране / подкрепа за членове на семейството; организиране на групи за самопомощ; подкрепа при задоволяване на основните нужди; структурирана превантивна дейност; образователно-творчески дейности; застъпничество; клиничен доклад (епикриза); информирание и пренасочване; психосоциално консултиране.*

В психиатричните болници / психиатричните отделения в Албания функционират мултидисциплинарни екипи, включващи психиатри (или други лекари в тяхно отсъствие), медицински сестри, санитарни, психолози, социални работници и ерготерапевти. Управлението на случаите следва био-психо-социалния подход (Вж. Схема 5).



Схема 5. Услуги и специалисти в психиатричните болници в Албания

Роли и функции на социалния работник в психиатричните болници в Албания

Въз основа на въпросите от втория раздел на интервюто за ролята и функцията на социалния работник в психиатрични отделения / болници и от информацията, получена от прякото наблюдение, установяваме, че социалният работник насърчава социалната промяна, решаването на проблемите в човешките отношения и овластяването на индивида за подобряване на собственото му благосъстояние. Той се намесва в онези аспекти, при които хората взаимодействат с околната среда.

По отношение на ролята на социалния работник в психиатричните болници в Албания, респондентите акцентират върху следното: *Това, което отличава социалния работник от другите, е неговата роля в изграждането на партньорства между професионалисти, болногледачи и членове на семейството; работа с общността за създаване на подкрепяща среда за пациентите, застъпване за подходящи услуги, лечение и ресурси, промяна на социалните политики по въпросите на бедността, заетостта, жилищната и социалната справедливост и подкрепа на програмите за превенция.*

За да обслужва качествено пациентите, социалният работник трябва да притежава професионални компетентности за работа в областта на психичното здраве, психичните заболявания и психиатричните услуги. Той следва да е добре запознат със законите за психичното здраве, здравните политики, здравното осигуряване, заетостта и социалното равенство, правата на човека и пациентите.

- *Неговите умения включват оценка на психосоциалните нужди на пациентите на индивидуално, семейно и по-широко системно ниво. Извършва превантивни дейности чрез*

обучение на пациенти и на общността за грижа за психическото и емоционалното здраве, прилага програми за развитие на общността.

- *Част от интервенциите на социалния работник са насочени не само към пациента, но и към рехабилитацията в рамките на двойката, семейството или групата. Намесва се в кризисни ситуации.*

Въпреки че социалният работник не е част от екипа, който взема решение за приемане на пациент в психиатрична болница, той е ключовият специалист, който изготвя индивидуалния план за лечение и интервенции на хоспитализирания пациент.

В тази връзка, интервюираните посочват, че социалният работник *наблюдава напредъка на пациента и изпълнението на индивидуалния план и заедно с мултидисциплинарния екип планират изписването му от болницата. След взето решение за изписване, социалният работник продължава да работи по случая, като медира и фасилитира отношенията между пациента и неговото семейство.*

По отношение на предизвикателствата, които социалните работници срещат при упражняването на професията си, респондентите посочват:

- Предизвикателство за социалните работници в психиатричните болници е защитата на пациентите от членове на семейството, тъй като в някои случаи, въпреки че са изоставени в болнични заведения от години, те не са в състояние лично да управляват доходите си, постъпващи от схемата за обезщетения за инвалидност или социална сигурност. Немалко са случаите, когато членове на семейството злоупотребяват с финансовите средства на пациентите. В тази връзка, социалните работници се превърнаха в защитници на пациентите и ги придружават, когато имат нужда да получат собствените си средства; помагат им да управляват и да използват финансите си за лични нужди или, в специални случаи, да ги депозират в лична сметка, която да използват, след напускане на болницата.
- Много пациенти живеят от над 50 години в психиатричните заведения, тъй като нямат семейства, които се грижат за тях, или членовете на техните семейства са емигрирали извън Албания след отварянето на границите през 90-те години, с колапса на комунистическата система. Многобройни са случаите, които чакат да бъдат настанени в някое от защитените жилища за психично здраве, но поради малкия брой на тези структури, често пациентите приключват земния си път в психиатричните болници. Въпреки че законите разпоредби ясно определят продължителността на престоя на пациента в психиатрията, те противоречат на актуалните възможности за осигуряване на това изискване и на готовността на държавните социални служби. В такава ситуация, социалните работници и психиатрите са принудени да си „затварят очите“, защото не могат да си позволят да изведат пациент извън болницата, който не може да се грижи за себе си без подкрепата на други хора. Поради тази причина пациенти, които са лишени от семейна подкрепа или държавата не е в състояние да осигури адекватна грижа, са обречени да живеят до края на живота си в болнични заведения.

Услуги в общностните центрове за психично здраве в Албания

Според отговорите, получени от третия раздел на интервюто, стигнахме до заключението, че общностните центрове за психично здраве в Албания са специализирани извънболнични служби за психично здраве, които предоставят мултидисциплинарни / широкоспектърни услуги на общностно ниво. Те са част от специализирани служби, въпреки че могат да бъдат физически отделени от тях. Чрез дейността си централите насърчават и подпомагат позитивното психично здраве в населените места с жители от 50 000 до 150 000. Тези структури координират дейността си с първичните и вторичните здравни услуги, но също така и със социалните услуги, предоставяни от държавата. В съответствие с целите и стандартите за функциониране на службите за психично здраве в Албания, общностните центрове притежават функционална автономия в съответната зона на покритие. Интервюираните социални работници посочват, че: *Общностният център за психично здраве*

предоставя услуги на всички лица с психични разстройства, които са жители на зоната на покритие на услугата, а фокус на работа са лица, страдащи от тежки психични разстройства, като шизофрения и афективни разстройства. Мултидисциплинарните услуги за психично здраве, предлагани в центровете за психично здраве в общността включват: идентифициране на случая и ранно откриване на психично заболяване; оценка на здравословното и социално-икономическото състояние на пациента; комплексна диагностика на психични разстройства и други здравословни проблеми; оценка на индивидуалните нужди от допълнителна подкрепа и намеса; медикаментозно лечение и психологическа терапия.

По отношение на екипа, работещ в тези центрове, интервюираните посочват, че: *Всеки общностен център за психично здраве разполага с мултидисциплинарен екип, състоящ се от лекари, медицински сестри, психолози, социални работници, които действат координирано, съгласно съответните протоколи за поддържане и подобряване на психичното здраве. Към екипа могат да се присъединят професионалисти с педагогически и рехабилитационни компетенции, като логопеди, терапевти за развитие или други специалисти (Вж. Схема б).*



Схема б. Услуги на Центровете за психично здраве в общността в Албания

Роли и функции на социалния работник в общностните центрове за психично здраве в Албания

Въз основа на отговорите на въпросите от третия раздел на интервюто и информацията, получена от прякото наблюдение в общностните центрове за психично здраве в Албания, стигнахме до извода, че социалният работник в тези центрове е част от мултидисциплинарния екип, упражнява професията си, съгласно разпоредбите на институцията и спазвайки законовите нормативни актове. Респондентите посочват, че: *Социалният работник работи не само с индивида с психични проблеми, но и със семейството, изпълнява дейността си в полза на нуждаещите се лица и в рамките на съществуващите възможности и ресурси, предоставени на общността, като популяризира*

услугите в съответствие със специфичните нужди на хората и общността.

В Центровете за психично здраве в общността социалният работник съвместно с мултидисциплинарния екип съставя индивидуален план за пациента с психично-здравен проблем, който описва методите на лечение – фармакологично лечение, социално-здравни интервенции и психо-социални услуги. След заявката на пациента за ползване на услугите в центъра и по препоръка на лекуващия лекар, се провежда първа среща с психиатър, който трябва да реши дали този човек има психически проблем или други неблагоприятни обстоятелства и ситуации са влошили здравето и емоционалното му състояние. Ако се установят проблеми с психичното здраве, тогава психиатърът взема решение за фармакологично лечение и го насочва за консултация със социалния работник или психолога. Всеки професионалист извършва своята оценка чрез индивидуално интервю, но също и с член на семейството и определя плана на интервенциите и услугите, които могат да се приложат. Разглежда проблемите, повлияли ситуацията, и работи за намиране на решение. При необходимост социалният работник насочва пациента и членовете на семейството му към услуги в други институции, работи и взаимодейства с държавните социални служби, с местните власти, с различни организации, с бюрата по труда и др. Основна функция на социалния работник в центровете за психично здраве в общността е предоставянето на услуги и ресурси в полза на пациентите и подобряване тяхното благосъстояние, чрез организиране на дейности по рехабилитация и социална интеграция, превенция, информиране, консултиране на семейства и общността. Всяка услуга и намеса на социалния работник бива документирана в личната карта на пациента.

Услуги в домовете за психично здраве (защитени жилища) в Албания

Според информацията, получена от въпросите от четвъртия раздел на интервюто, разбираме, че резидентните структури или домовете за психично здраве (защитени жилища) в Албания, са функционални звена на службите за психично здраве (най-вече психиатричните болници), които имат за цел да предоставят жилищни услуги на лица в среда, подобна на семейната, където основната цел е грижа и рехабилитация на лица с психични заболявания. В случаите, когато в даден регион няма разкрита психиатрична болница, резидентните услуги се предоставят от регионалните здравни отдели. Процесът на рехабилитация се осъществява чрез индивидуален план, основан на терапевтично-рехабилитационна приемственост, както и чрез частично или изцяло подкрепено настаняване. Резидентните услуги са част от мрежата от услуги за психично здраве във връзка с други здравни и социални услуги в съответния район.

Насочването за прием в резидентна услуга се извършва както от стационарните служби за психично здраве (психиатричните болници), така и от центровете за психично здраве в общността, въз основа на специфичните проблеми на индивида, неговото семейство и социален кръг. Всяка услуга, предоставяна от персонала на поддържаните къщи, има за цел:

- ранно идентифициране на психични разстройства;
- лечение на пациенти чрез широк спектър от био-психо-социални услуги;
- предоставяне на услуги възможно най-близо до общността и превенция на хоспитализации в психиатрични болници;
- рехабилитация и социално обучение на пациенти;
- застъпничество и психообразование;
- превенция на психични разстройства и насърчаване на позитивното психично здраве.

Услугата насърчава участието на членовете на семейството във всички аспекти на процеса на рехабилитация, както и провеждането на редовни посещения. Това може да изисква осигуряване на психообразование на членовете на семейството, усвояване на комуникативни умения и изграждане на умения за управление на болестта и др. Жилищната структура гарантира предоставянето на основни битови услуги, като чистота, достъп до кухня, пране, и осигурява условия за активно включване на живущите в тяхното реализиране, когато е възможно. Дейностите на служителите през

денонощието се отличават в количествено и качествено отношение, в зависимост от различните нужди за рехабилитация на потребителите (Вж. Схема 7).



Схема 7. Резидентни услуги за психично здраве (защитени жилища) в Албания

Роли и функции на социалния работник в резидентните услуги (защитени жилища) в Албания

Въз основа на отговорите, получени от въпросите в четвъртия раздел на интервюто, можем да отбележим, че социалният работник в тези жилищни структури за психично здраве в Албания е оценител на начина на функциониране, интеграция и адаптация към живота в резидентната услуга. Социалният работник следи напредъка на медицинското лечение, насочва и взаимодейства с психиатъра. Тук подчертаваме, че социалният работник и психиатърът не са част от вътрешния персонал на съответната услуга, а са част от мултидисциплинарния екип на Центровете за психично здраве в общността. Веднъж седмично (с изключение на спешните случаи и според нуждите, които могат да възникнат) те посещават резидентната услуга и провеждат съответните дейности.

Според респондентите, функциите на социалния работник са насочени към:

- Социалният работник провежда индивидуални и групови интервюта, за да установи потребностите, притесненията, очакванията и т.н. и след всяка сесия отбелязва в индивидуалната карта на всеки пациент / жител на тези структури, всички проведени интервенции и отчетения напредък.
- Организира свободното време на пациентите, чрез провеждане на развлекателни рехабилитационни дейности, съхраняване на уменията и възвръщане на загубените умения; осигуряване на възможности за излизане от тези структури и реинтеграция в семейството.
- Подпомага пациентите / жителите на резидентната услуга за психично здраве при поддържане на личната хигиена и чистотата в общите пространства, насърчава и подкрепя жителите в приготвянето на храна, въпреки че има назначен готвач.

- *Взаимодействия с роднините и близките на пациентите и работи с тях по отношение на значението на тяхната подкрепа при лечението и напредъка на пациента.*
- *Подпомага пациентите при получаване на услуги от други институции, като предоставяне на документи за самоличност или финансова помощ за хора с увреждания.*
- *Подпомага пациентите / жителите при управлението на индивидуалните доходи. Необходимо е да се отбележи, че резидентните услуги се финансират и подпомагат както с храна, облекло, така и с лекарства от Министерството на здравеопазването и социалните грижи).*
- *Придружава пациентите при провеждането на различни дейности извън жилищните структури*

Структура и услуги в Дневните центрове за психично здраве в Албания

Въз основа на отговорите на въпросите в петия раздел на интервюто стигнахме до заключението, че Дневните центрове за психично здраве в Албания, макар и добре регламентирани в законовите разпоредби, все още не са достатъчно функционални.

Респондентите посочват, че дневните центрове за психично здраве *липсват на цялата територия на Албания, въпреки че нуждите и исканията са многобройни.*

Пациентите в общността и служителите на доставчиците на услуги за психично здраве многократно и по различни начини са изразили мнението си за важната роля, която тези центрове ще играят при лечението и интегрирането на хора с психични проблеми, но необходимите инвестиции и ресурси за отваряне и експлоатация все още липсват.

От получените данни разбираме, че в някои големи градове на Албания функционират няколко дневни центъра за възрастни хора и хора с увреждания, които имат социално-санитарен характер и се финансират от съответните общини и различни неправителствени организации. Те имат за цел да подобрят условията на живот на гражданите, като специално внимание се обръща на тази категория потребители на социални услуги, които срещат социални затруднения.

Подобни дневни центрове могат да бъдат посещавани и от хора с психични проблеми, но отново техният брой е редуциран.

Роли на социалния работник в Дневните центрове за психично здраве в Албания

Както беше посочено по-горе, изследването установи, че дневните центрове за психично здраве в Албания не съществуват и единствените дневни центрове за психично здраве остават тези, които са създадени към психиатричните болници, които предоставят услуги само на настанени пациенти. Персоналът на тези центрове се състои от социални работници, психолози и ерготерапевти. Пациентите, които искат да се ползват от услугата, трябва да са приети в психиатрична болница и да са настанени в хронично отделение.

Според интервюираните, *поради естеството на професионалната среда, социалният работник в дневните центрове на психиатричните болници предоставя по-скоро болнични услуги. Той реализира дейността си както в болнични отделения, които попадат в обсега му на компетентност по длъжностна характеристика, но също така прилага интервенции и в дневните центрове.*

Поради малкият брой социални работници и работната натовареност в тези болници, обезпечаването на дейността на дневните центрове с услуги, предоставяни от социален работник е ограничено, въпреки че необходимостта е голяма.

4. Ролята на социалната работа в областта на психичното здраве в България – резултати и анализ

Разпространение на услуги за психично здраве в България

Обработката на данните от интервютата със социални работници, представя следните акценти: Услугите за психично здраве в България се фокусират върху населението с психични заболявания и имат за цел да повишат качеството на живот на хората. Ефективното им прилагане изисква разработване на програми за превенция, лечение, рехабилитация, социална и професионална реинтеграция, подкрепа за лица с психични заболявания.

По отношение на техния обхват, услугите за психично здраве могат да се класифицират като:

- услуги за психично здраве със стационар (психиатрични болници);
- център за психично здраве в общността (бивши психиатрични диспансери);
- психиатрични отделения в многопрофилните болници за активно лечение (МБАЛ);
- защитени жилища и социален асистент;
- дневен център за психично здраве (за възрастни с увреждания).

Услуги за психично здраве в психиатричните болници в България

Въз основа на отговорите на въпросите от първия раздел на полуструктурираното интервю и информацията, получена от прякото наблюдение в психиатричните отделения, се откроява следното:

- Във всички дванадесет държавни психиатрични болници в страната има десетки пациенти, които не са на активно лечение и не са напуснали тези институции. По този начин болниците са принудени да поемат ролята на домове за хора с психични разстройства – практика, която съществува от десетилетия.
- Финансирането на услугите за психично здраве в България е сложно и произтича от различни потоци, които не винаги изглеждат координирани. Това води до объркваща ситуация с липса на споделени и непоследователни грижи за пациентите. Финансирането на болничните психиатрични услуги е на четири нива: държавен бюджет; договори с Националната здравноосигурителна каса; общински бюджет; частно плащане;

Респондентите посочват, че: *Целта на психиатричната рехабилитация е да даде възможност на хората да компенсират или елиминират функционални дефицити, междуличностни и екологични бариери, създадени от увреждане, и да възстанови способността да живеят самостоятелно, да се социализират и да управляват добре своя живот.*

Интервенциите помагат на хората да се научат да компенсират ефектите от своите болестни симптоми, чрез придобиване на нови умения и техники за справяне и чрез подкрепящата среда. Услугите, предлагани в психиатричните болници, са медикаментозно лечение и рехабилитация, информиране и интеграция (Вж. Схема 8).



Схема 8. Стационарни услуги за лица с психични проблеми в България

Роли на социалния работник в психиатричните болници в България

Въз основа на въпросите от втория раздел на интервюто за ролята и функцията на социалния работник в психиатричните болници и информацията, получена от прякото наблюдение, става ясно, че социалният работник е част от мултидисциплинарните екипи на тези болници. Това, което отличава социалния работник от другите специалисти, е неговата роля в изграждането на партньорства между професионалистите, полагащите грижи и членовете на семейството; сътрудничество с общността, за да се създаде подкрепяща среда за пациентите, застъпничество за услуги, лечения и ресурси, подходящи за нуждаещи се лица и насочване към услуги и ресурси, предоставяни от трети страни. Социалният работник е ключовият специалист в провеждането на оценка на психосоциалните нужди на пациентите на индивидуално, семейно и по-широко (общностно) ниво.

По отношение на процеса на оценка и ролята на социалния работник, респондентите заявяват, че: *Социалният работник извършва психосоциалната оценка на пациента, като част от мултидисциплинарната оценка, включваща: нивото на индивидуално функциониране, в двойката / семейството, в общността; оценка на социалните нужди, оценка на вътрешните ресурси, мотивация и обективни възможности.*

Застъпническата роля на социалния работник се изразява в наблюдение на спазването на правата на пациентите, страдащи от психични проблеми и техните семейства, като осигурява изпълнението на законовите процедури за хоспитализация, лечение и др. Освен това, специалистът осигурява индивидуално или групово психообразование за пациенти и техните семейства. Социалният работник се включва и в рехабилитационни дейности, за да подпомогне пациента във

възстановяването на предишното функциониране, в качествено изпълнение на основните физически, социални и емоционални нужди, чрез организиране на групи за самопомощ или други социални дейности в групи и индивидуално.

Центрове за психично здраве в общността

Въз основа на отговорите на въпросите в третия раздел на интервюто, в България, като част от системата за психично здраве, функционират и центрове за психично здраве в общността. Създаването на услугите за психично здраве в общността се основава на систематичен мониторинг на психичното състояние на населението. Профилът на системата за психично здраве се определя от идентифицираните нужди на страдащите от психични разстройства, когато предлага възможности за избор на такива услуги.

Резултатите от проведените интервюта дават възможност да потвърдим, че: *Социалните услуги са пакет от лечебни, рехабилитационни и социални услуги, които заменят традиционното лечение, чрез свободата да се избере психиатър с извънболнична практика и използване на услуги за социална рехабилитация.*

Социалните услуги в общността са най-често делегирани от държавата дейности и финансирани от държавния бюджет чрез общини, които от своя страна имат за задача да организират и наблюдават социалните услуги на тяхна територия.

По отношение на формата на организиране на оценката и повторната оценка на лица с психични проблеми, интервюираните заявиха, че: *Персоналът на централите за психично здраве в общността се състои от мултидисциплинарни екипи от специалисти, които имат роля в провеждането на оценката. Това могат да са психиатри, медицински сестри, социални работници, психолози и др.*

Веднъж месечно пациентите са посещавани или проследявани от психиатър и други специалисти, като по преценка на психиатъра в интервенцията може да бъде включен и социален работник. *В случай на неспазване на заявката за месечно посещение, психиатрите обикновено търсят пациента и наблюдават състоянието му дистанционно (по телефона). Домашните посещения се извършват само по изрично искане на пациента или неговите роднини. Лица от всички възрасти могат да получат психично-здравни услуги в център за психично здраве.*

Проучването установи, че в централите за психично здраве се извършват и следните социални дейности: връзка с общинските служби за социално подпомагане, съдействие за заетост, повишаване на здравната компетентност на пациентите, идентифициране на важни соматични проблеми, изготвяне на план за управление, връзка с институции (полиция, здравни заведения и др.). Реализират се и дейности за подобряване качеството на живот на хората с остри и хронични психични заболявания, възстановяване на тяхното здраве, контролиране и стабилизиране на нарушения, които не могат да бъдат елиминирани, премахване или облекчаване на преживяванията на страдание и др.



Схема 9. Услуги и функция на Центровете за психично здраве в България

Роли и функции социалния работник в Центровете за психично здраве в България

Въз основа на отговорите на въпросите от третия раздел на интервюто и според получената информация, социалните работници изпълняват разнообразни роли в общностните центрове за психично здраве. Те могат да са координатори на грижи, доставчици на услуги и ресурси, медиатори и фасилитатори в различни комуникативни ситуации, ръководещи групи за подкрепа. Изследването установи, че: *Социалните работници и медицинските сестри осигуряват координация на грижите между доставчици на медицински услуги за пациенти и други програми за социални услуги.*

Според респондентите, някои от най-често срещаните интервенции на социалния работник в централите за психично здраве в общността са: *оценка на нуждите и прилагане на план за действие; предоставяне на помощ за адаптация към основните промени в живота; управлениена кризисни ситуации; посредничество - свързване на хората с ресурси и подкрепа; оценка на социални услуги и програми за подкрепа; осигуряване на застъпничество, когато е необходимо; проследяване на хората, за да сме сигурни, че обстоятелствата се подобряват.*

Изследваните лица също така отбелязват, че: *някои от дейностите, които социалният работник провежда или организира са в сферата на обучение в даден занаят, различни изкуства, развлекателни мероприятия и др. Тези дейности помагат на пациентите да развият здравословни социални умения, за да могат да общуват с другите. На пациентите се предоставя възможност за включване в програми, целящи повишаване качеството на участие в живота на общността; функция на социалния работник е да предоставя информация и да консултира заинтересованите пациенти за други целеви програми за социална помощ – напр. обществени трапезарии, безплатна храна за социално слаби, настаняване в приюти и т.н.*

Резидентни услуги в областта на психичното здраве в България

Според информацията, получена от въпросите в четвъртия раздел на интервюто, резидентните услуги за психично здраве или защитените жилища са структурно индивидуални и групови. *Настаняването на хора с психични проблеми в защитените жилища е вид здравна и социална услуга, предоставяна в общност, в която хората водят независим живот, подпомаган от професионалисти* (Вж. Схема 10).



Схема 10. Услуги и функция на защитените жилища в България

Роли и функции на социалния работник в защитените жилища

Според отговорите от четвъртия раздел на интервюто, социалният работник в жилищните структури за психично здраве в България има ключова роля в оценката на функционирането и адаптацията към живота в общността и другите потребители на услугата.

По отношение на въпроса за ролята и функцията на социалния работник в защитените жилища, респондентите заявиха, че:

- *Социалните работници често се борят да предоставят услугите, от които клиентите се нуждаят.*
- *За да направят работата по-ефективна, социалните работници трябва да свържат бездомни хора с психично заболяване с жизненоважни услуги.*
- *Социалните работници извършват оценката, формулират планове за лечение и дават приоритет на психичното здраве, физическото, финансовото, и целите за управление на случаите, подпомагат хората с психични разстройства и техните близки, създават начини за взаимодействие със здравни и социални институции за лечение и рехабилитация, насочват към различни услуги в областта на психичното здраве (социални и здравни).*

Според мненията на интервюираните, някои от услугите, предоставяни от социалните работници в защитените жилища са: *осигуряване на емоционална подкрепа; осигуряване на поверителност; частично или пълно възстановяване на социалните умения; максимална степен на*

интеграция на общността и семейството; възстановяване на смисъла на живот; колкото е възможно, връщане на загубените човешки ресурси на обществото.

Дневните центрове за психично здраве в България

Въз основа на отговорите на въпросите от петия раздел на интервюто, стигнахме до извода, че дневните центрове са делегирана и финансирана от държавата дейност, но потребителите на социални услуги следва да заплащат минимална месечна такса.

Резултатите от интервюта ни дават основание да посочим, че *дейностите, извършвани в дневните центрове, насърчават и подкрепят социалното, емоционалното, образователното и културното развитие на всеки потребител, следвайки убеждението, че всеки човек може да развие своя потенциал и да бъде пълноценен участник в общността.*

Според интервюираните, услугите в дневния център включват:

- *обучение на възрастни с умствени увреждания в самостоятелен живот;*
- *подкрепа и подобряване на уменията на роднини и приятели за грижите и развитието на потенциала на хората с умствени увреждания;*
- *изграждане на трудови и социални умения и създаване на възможности за независим живот;*
- *спортни и рехабилитационни дейности;*
- *информирание, съветване и посредничество на роднини, възрастни и възрастни с умствени увреждания;*
- *психологическа помощ и подкрепа;*
- *организиране на свободното време на потребителите на социални услуги;*
- *други услуги – консултантски дейности и др.*

По отношение структурата на персонала, респондентите заявиха, че *екипът на дневните центрове за психично здраве включва психолог, социален работник, рехабилитатор, физиотерапевт, ерготерапевт и др.*

Роли на социалния работник в Дневните центрове в България

Социалните работници са част от мултидисциплинарния екип на дневния център. Тяхната основна роля се състои в организирането и провеждането на развлекателни, рехабилитационни и интеграционни дейности.

Според мненията на интервюираните относно ролята и функцията на социалния работник в дневните центрове, може да се каже, че те се състоят предимно в осигуряването на качествени рехабилитационни услуги. *Основната цел на рехабилитацията е да помогне на потребителя да промени начина на живот, да разшири своите умения и знания, да подобри взаимоотношенията си с другите.*

- *Социалният работник притежава професионални умения да води случай, да изготвя индивидуални планове, становища, да администрира и да поддържа връзка с други институции.*
- *Интервенциите на социалните работници в дневните центрове за психично здраве са фокусирани върху области като: лична автономия, самообслужване и жилищни пространства, социална интеграция, професионално-трудова дейност, поддържане и възстановяване на основните индивидуални умения, подобряване на качеството на живот и др. (Вж. Схема 11).*

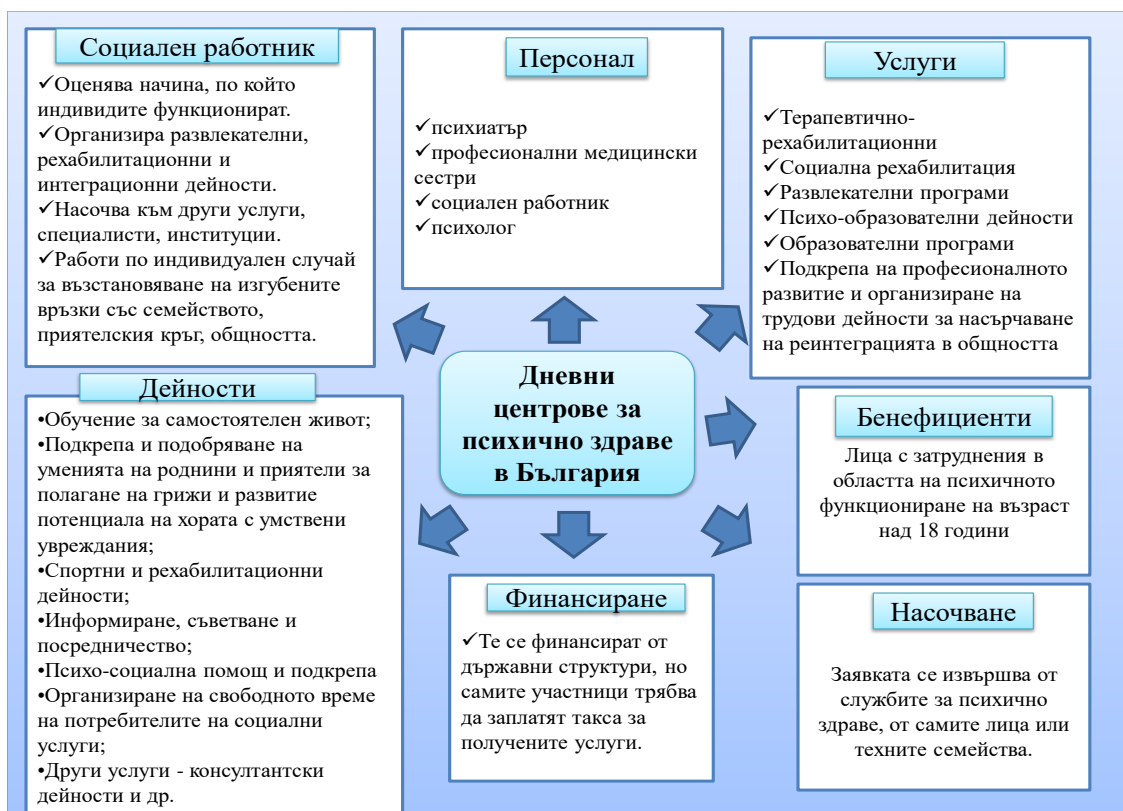


Схема 11. Услуги и функции на Дневните центрове в България

5. Сравнителен анализ на разпределението на услугите за психично здраве и ролята на социалния работник в Италия, Албания и България

Предоставяне на услуги за психично здраве

Услугите за психично здраве в **Италия** се разпределят в центрите за психично здраве, психиатричните отделения в регионалните общи болници, домовете за психично здраве и дневните центрове за психично здраве.

В **Албания** услугите за психично здраве се разпространяват в психиатрични болници. Центрове за психично здраве в общността, жилищни къщи, липса на ежедневни центрове за психично здраве.

В **България** услугите за психично здраве са фокусирани върху психиатрични болници, психиатрични отделения в регионални общи болници, дневни болници за психично здраве, центрове за психично здраве, домове за психично здраве и дневни центрове за психично здраве.

Услуги, предоставяни в болници / психиатрични отделения и ролята на социалния работник в тези структури

В **Италия**, от приемането на закона „Басалия“ през 1987 г., психиатричните болници са затворени и тяхната служба е прехвърлена в специални психиатрични отделения на регионалните общи болници.

В тези отделения персоналят се състои от психиатри, медицински сестри, болногледачи и терапевти. Няма социален работник и психолог. Общата болница, в която са инсталирани психиатричните отделения, е оборудвана със социални работници, но в основата на тяхната работа не са пациентите на психиатричните отделения, те покриват със своята услуга малтретирани деца, изоставени деца, хора с увреждания и възрастни хора.

Така че имаме лечение, основано на медицинския модел. Услугите, предлагани в тези отделения, са диагностични, терапевтични и поддържащи.

Продължителността на престоя в тези отделения варира от 2-3 седмици и след това пациентът трябва да бъде насочен към центрове за психично здраве за по-нататъшно проследяване.

В Албания, въпреки че бяха предприети много реформи в областта на психичното здраве, можем да кажем, че услугата все още е част от услугите на психиатрични болници, въпреки че различни реформи успяха да намалят броя на хоспитализираните в тези заведения. Но отново психиатричните болнични услуги имат основната функция да предоставят услуги и лечение на лица с психични проблеми. В тези структури се предоставят диагностични услуги, медицинско лечение, както и психо-социално лечение и интервенция. Лечението тук се основава на био-психо-социалния модел. Персоналът на психиатричните болници се състои от психиатри, медицински сестри, социални работници, психолози, терапевти, педагози, физиотерапевти и др. Времето, прекарано от пациенти в психиатрични болници в Албания, е неопределено, въпреки че регламентът гласи, че пациентите трябва да бъдат проследявани за период от 3 седмици и след това според техния напредък могат да бъдат изписвани и лекувани от центрoвете за психично здраве в общността. В момента болниците са пренаселени и причините са много, като изоставяне от членове на семейството, липса на социални услуги, липса на благоприятни политики за тези лица и т.н. Социалният работник има важна роля в лечението на лица в тези структури. Някои от неговите интервенции са интервюта, оценка, консултиране. Организира развлекателни и рехабилитационни дейности в болницата и извън нея. Осъществява контакт с роднините на пациентите и подготвя възможността пациентът да напусне болницата. Позовавайки се на случая, за който е необходимо по-нататъшно лечение в центрoвете за психично здраве в общността, се свързва със социалните служби, за да отнесе случая за проследяване от тези структури след изписване от болницата. В много случаи той придружава пациента дори след напускане на болницата, при приемането му в резидентна услуга или обратно в семейството, тъй като в много случаи членовете на семейството отказват да вземат пациента от болницата. За хронични пациенти, които са изоставени в психиатрични болници в продължение на много години и които по различни причини са останали в тези структури, социалният работник се занимава с предоставянето на различни документи като лични карти, подготвяне на документи за финансова помощ, наблюдава пациента в управлението на икономическите му доходи. Придружава пациента до различни институции като община, полиция, съд и други институции, където пациентът трябва да получи допълнителни услуги.

Психиатричните болници, както и психиатричните отделения в общинските регионални болници в България са институции, които предоставят услуги на лица с психични проблеми. Тези услуги имат за цел да популяризират, предотвратяват, диагностицират и рехабилитират хора, страдащи от психични проблеми. В тези структури се предлагат диагностични услуги, медицинско лечение, както и психо-социално лечение и интервенция. Лечението тук се основава на био-психо-социалния модел. Тези структури разполагат с персонал, състоящ се от психиатри, медицински сестри, социални работници, психолози, терапевти и др. Престоят на пациентите е неопределен, това може да зависи и от напредъка на пациента. Част от екипа на персонала е социалният работник, който извършва оценка на психосоциалните нужди на пациента на индивидуално, семейно и по-широко ниво. Целта на неговите интервенции е да подобри и поддържа психосоциалното функциониране.

Предоставяните услуги в центрoвете за психично здраве в общността и ролята на социалния работник в тези структури в трите държави

Центровете за психично здраве в **Италия** са в основата на лечението на психичното здраве и са създадени във всеки град. Целта на тези центрове за психично здраве е превантивната и рехабилитационна намеса на територията, която те покриват. Те предлагат психиатрични и психотерапевтични лечения, социални интервенции, насочване за хоспитализация в психиатрично отделение, насочване за настаняване в жилищен център или социални апартаменти (както са известни

в Италия домовете за психично здраве), препоръка за посещение на дневни центрове за психично здраве за пациенти в общността или дори за жителите на психиатрични домове. Моделът на лечение на лица с психични проблеми се основава на био-психо-социалния модел. Социалният работник има много важна роля в тези структури. Някои от работните му задачи включват оценка и мониторинг на лечението, интервенция, консултиране при интервюта, насочване за хоспитализация в психиатрично отделение, насочване към домове за настаняване, насочване към дневни центрове за психично здраве, насочване за допълнителни услуги в други институции, интервенция и семейно консултиране. В същото време социалният работник в центровете за психично здраве покрива със своята услуга и жилищните домове за психично здраве и дневните центрове за психично здраве, тъй като в тези структури социалният работник не е част от вътрешния персонал.

Обществените центрове за психично здраве *в Албания* са структури, създадени след 90-те години с свалянето на комунистическата система в страната. Въпреки че имат голямо значение за ролята и функциите, които тези структури имат при лечението на лица с психично здраве, те са малко на брой и са създадени само в някои от най-големите градове на страната и обхващат широк географски район. Тези организации предоставят услуги на всички лица с психични проблеми в зоната на покритие. Те предлагат психиатрични, психологически и социални интервенции, за да предотвратят, лекуват и интегрират тези индивиди в обществото. Услугата може да се предоставя в рамките на центровете за психично здраве, но също така и в семейството. Персоналът на центровете за психично здраве в общността се състои от психиатри, социални работници, психолози и медицински сестри. Социалният работник като важна фигура в екипа на общностните центрове за психично здраве предлага своите услуги както в центъра, така и в семейството. Някои от дейностите му обхващат интервюиране, консултиране, оценка, мониторинг на лечението, подкрепа и насочване за други услуги на бенефициенти към други институции.

Центровете за психично здраве *в България* са пакет от рехабилитационно лечение и социални услуги, които заместват традиционното лечение. Услугите, предлагани в тези центрове, са психиатрични грижи, диагностика и лечение, консултации, мониторинг, информация, услуги, които се предоставят в заведенията на центровете за психично здраве, но също и в семейството. Персоналът се състои от психиатри, медицински сестри, социални работници, психолози. Моделът за приложение на услугата се основава на био-психо-социалния модел. Социалният работник има важна роля в тези структури, тъй като осигурява координация на медицинското обслужване на пациентите с други програми за подкрепа. Практиките на социалните работници се разглеждат в контекст, в който трябва да се осигурят подходящи условия за живот на пациентите с това разстройство чрез икономическа и материална помощ, както и да им се даде възможност да живеят в общност или в защитени жилища.

Предоставяните услуги в домове за психично здраве и ролята на социалния работник в тези структури в трите държави

В Италия жилищните къщи или социалните апартаменти, както ги наричат в Италия, са две структурни звена. Тези структури са без вътрешен персонал и се управляват от самите настанени жители. Тези структури са подчинени на отделите за психично здраве и се финансират от общини или териториални общини. Социалният работник в жилищни къщи в Италия отсъства като част от вътрешния персонал, услугата му се предоставя от социалния работник от центровете за психично здраве. В тези структури социалният работник оценява начина, по който индивидът функционира и се адаптира към други индивиди, както и начина, по който тези индивиди се справят с независимия живот. Следи напредъка на лечението и здравния статус и докладва в центровете за психично здраве. Организира развлекателни, рехабилитационни и интеграционни дейности за жителите на тези структури.

Жилищните къщи или подкрепените къщи, както са известни *в Албания*, са много слабо разпространени. Те могат да бъдат или под егидата на психиатрични болници, или под егидата на

Регионалните дирекции по общественото здраве. Те се финансират от Министерството на здравеопазването и социалните въпроси и потребителите са освободени от заплащане на такса за ползване на услуги. Подрепените къщи предлагат психиатрична услуга и лечение с наркотици, терапевтична рехабилитация, социална рехабилитация, различни психо-образователни дейности и др. Лечението се основава на био-психо-социалния модел. Жителите на тези структури са хронични пациенти на психиатрични болници в зоната на покритие. За преместването на пациенти в жилищни домове решението взема мултидисциплинарният персонал на психиатричната болница. Персоналът на тези структури се състои от медицински сестри, социални работници, психолози, педагози, терапевти, а за психиатрично лечение се обслужват от психиатъра на центровете за психично здраве в общността.

Социалният работник е важна фигура в подпомагането на жителите в жилищни домове. Някои от неговите услуги включват оценка на начина на функциониране и адаптация в групата и взаимодействие с други жители. Специалистът организира различни развлекателни, рехабилитационни и интеграционни дейности. Когато е необходимо, социалният работник придружава жителите в други институции за допълнителна подкрепа при попълване на документация и спазване на бюрократични процедури. Може да се каже, че социалният работник осъществява своеобразен мост между жителите и техните семейства.

Структурите за психично здраве или жилищните къщи (защитените жилища) **в България** са здравни и социални услуги, предоставяни в общността, в която хората с психични проблеми са независими, подпомагани от професионалисти. В тези структури се предлагат психиатрични услуги, терапевтично-рехабилитационна услуга, индивидуализирани планове и програми, психо-образователни дейности и др. Препращането към бенефициентите на тези институции идва от психиатрични болници. Те се финансират от държавни институции.

Персоналът се състои от мениджър, социален работник, медицински специалисти, ерготерапевти, болногледачи.

Социалният работник в тези институции извършва оценка на случая, формулира планове за лечение и дава приоритет на психичното здраве, физическото здраве, финансовия аспект, подкрепя семейните отношения и създава начини за взаимодействие с други институции за подкрепа.

Услуги на дневни центрове за психично здраве и ролята на социалния работник в тези структури в трите държави

Дневните центрове за психично здраве **в Италия** играят много важна и чувствителна роля при интегрирането на лица с психични проблеми, в които хората прекарват голяма част от деня. Тези структури предлагат различни развлекателни, рехабилитационни и интеграционни дейности. Те предлагат различни курсове като шивачество, работа в “Аризания”, различни дейности по информиране и консултиране. Вътрешният персонал на тези структури се състои от различни терапевти като професионални терапевти, арт терапевти, спортни терапевти и педагози.

Социалният работник, психологът и психиатърът се обслужват от персонала на центровете за психично здраве. Доброволци не липсват. Тези структури се финансират от социалните служби на териториалните общини. Препращанията към дневните центрове за психично здраве се извършват от персонала на центровете за психично здраве. Присъстващите трябва да са жители на териториалното покритие и да са на възраст над 18 години. Присъстващите могат да бъдат и обитатели на психиатрични домове.

Социалният работник в дневните центрове за психично здраве наблюдава и оценява начина на функциониране и приспособяване в групата. Организира развлекателни дейности за рехабилитация и интеграция. Идентифицира силните и слабите страни на присъстващите лица и въз основа на тях изгражда индивидуалния план за намеса. Насочва към други полезни услуги.

В дневните центрове за психично здраве **в Албания** липсват услуги, въпреки че тяхната роля е много важна за интегрирането и лечението на лица с психични проблеми. Единствените дневни

центрове за психично здраве са тези, които се намират в помещенията на психиатричните болници, които са само във функция на хроничните пациенти в тези болници и са обслужвани от персонала на тези болници.

Дневните центрове за психично здраве *в България* предлагат комплексни услуги, които подпомагат социалното, емоционалното, образователното и културното развитие на всеки потребител, за да развие своя потенциал и да бъде ценен участник в общността. Тези структури предоставят терапевтично-рехабилитационни услуги, социално-рехабилитационни услуги, развлекателни планове и програми, психо-образователни дейности, подкрепа и работни дейности за насърчаване на реинтеграцията в обществото. Персоналът на центрoвете за психично здраве в България се състои от психолози, социални работници, рехабилитатори, физиотерапевти, ерготерапевти. Социалният работник има своето значение и роля в тези структури при предоставянето на професионални услуги. Помага на потребителите да променят начина си на живот, да разширят своите умения и знания, да подобрят отношенията си с другите и със себе си. Той организира развлекателни, рехабилитационни и интеграционни дейности за тези лица.

Въз основа на констатациите от проучването можем да кажем, че имаме система с добре организирани и добре адресирани политики, насочени към лица с психични проблеми в италианската държава, където пациентът не е изоставен в болницата, но имаме общност-фокусирано обслужване и перфектна грижа в регионалните общини с общностни центрове за психично здраве. Услугите в жилищни домове, както и в дневните центрове са доста ефективни. Социалният работник има значима роля при лечението и рехабилитацията на тези лица въз основа на неговите компетенции. В сравнение с тази държава виждаме, че в Албания все още имаме болнична служба, където манталитетът все още надделява, че хората с психични проблеми трябва да бъдат затворени в психиатрични болници. Центровете за психично здраве в общността в Албания са много малък брой и липсват в повечето градове, въпреки че нуждата от тази услуга е много голяма. В същото време броят на жилищните къщи за психично здраве в Албания е много невидим за тази категория лица, въпреки че броят на пациентите, приети в психиатрични болници, е много голям, чакащи да бъдат настанени в жилищни структури. В Албания липсват дневни центрове, които карат много хора с психични проблеми, които се лекуват в общността, да се скитат по улиците и да не се занимават с никаква дейност, докато останалите нямат друг избор, освен да се приберат у дома, за да избегнат предрасъдъците на обществото и обществото.

Струва си да се спомене, че попаднахме на интересна структура на разпределение на услугите за психично здраве в България, където психиатричните болнични служби, дневните болници, психиатричните отделения в регионалните общи болници, общностните центрове за психично здраве, домовете работят почти в пълна хармония. Наличието на такова разнообразие в разпространението на тези услуги в България може да се приеме като препоръка за откриването на тези услуги (психиатрични отделения, дневни болници и дневни центрове за психично здраве) в Албания като най-подходящата структура за държавата Албания. Липсата на общински центрове за психично здраве във всеки град на Албания е довела до пренаселеност в психиатричните болници, но при тяхно отсъствие, ако психиатричните отделения в регионалните болници функционират, това ще доведе до незабавно лечение и смекчаване на клиничните признаци за областните пациенти, което не би довело до незабавно увеличаване на психиатричните болници. Албанската държава далеч не следва Италия, като затваря психиатрични болници и разпространява тези услуги на общността.

Също така увеличаването на жилищните къщи, каквито ги виждаме в Италия и България, би довело до намаляване на броя на хроничните пациенти в психиатричните болници в Албания, които от години чакат да излязат от тези институции. Липсата на дневни центрове за психично здраве, които са силно структурирани при лечението и рехабилитацията на лица с психични проблеми в условията на извънболнично лечение, кара в Албания много пациенти, останали без грижите на членовете на семейството, да се скитат по улиците или да се затварят у дома. Хората, страдащи от психични заболявания в Албания са оставени без алтернатива при организиране на свободното време, без

възможности за рехабилитационни и развлекателни дейности или различни професионални курсове, услуги, които намерихме в дневните центрове за психично здраве в Италия и България.

Надяваме се, че подобни изследвания ще бъдат гласът на хора с психични проблеми и отворен прозорец за адаптиране на социалните политики и услугите за психично здраве към целевите групи в нужда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Албания неотдавна бяха предприети редица реформи в областта на психичното здраве, но въпреки че бяха положени много усилия, това не доведе до положителен резултат, тъй като психиатричните болници все още са препълнени с хронични пациенти, които от години чакат възможност да излязат. Центровете за психично здраве в общността, макар и вече функциониращи, липсват в повечето части на страната, но също така, дори и в градовете, където ги има, поради голямото натоварване и малкия брой професионалисти, е трудно да се обхванат всички нуждаещи се лица, което директно говори за липсващи услуги. Жилищните домове са почти невидими в сравнение с нуждите на хора с психични проблеми, които от години чакат да бъдат настанени в тези структури. Дневните центрове за психично здраве са липсващи структури в Албания, а имат важна роля при лечението на хора с психични проблеми. Това проучване е първото на територията на Албания, което изследва разпределението на услугите за психично здраве, интервенциите, лечението и ролята на социалната работа във всичките три европейски държави едновременно, за да се идентифицират и адаптират силните страни на всяка държава и по този начин да се дефинират предложения за по-ефективни услуги, интервенции и лечения за нуждаещи се лица, съобразени с техните нужди и условия. Това проучване подчертава ефективните стратегии във всяка от изследваните държави и служи за повишаване ефективността на работа на социалните работници в Албания, що се касае до социалните, емоционалните и клиничните фактори на лечение на лица с психични проблеми. В допълнение към стратегиите, услугите, формите на лечение и интервенциите за подпомагане на тези лица, това проучване също така систематизира и анализира социалните политики на всяка държава, въз основа на което възникват нашите предложения за промени в дизайна и адаптирането на социалните и правните политики в Албания или в онези ситуации, където възниква нужда от професионална помощ.

От проведения теоретичен анализ и резултатите от емпиричното изследване, изследователят стига до следните изводи:

- Лечението и интервенциите, насочени към лица с психични проблеми, се различават в отделните държави. Тази наблюдавана разлика варира в зависимост от икономическото развитие и приоритета, който всяка държава дава на политиките, стратегиите и действителните мерки и интервенции в областта на психичното здраве.
- **В Италия** услугите за психично здраве са диференцирани на стационарни услуги - психиатрични отделения в близост до регионални общи болници, общностни центрове за психично здраве, резидентни услуги за психично здраве и дневни центрове за психично здраве.
- В цялата тази категория услуги липсват психиатричните болници. Основната роля за лечението на лица с психични проблеми е поета от центровете за психично здраве, създадени във всеки град, което на практика заменя отчасти функциите на психиатричните болници и намалява хоспитализациите в психиатрични отделения.

- Центровете за психично здраве насочват лица за хоспитализация и лечение в психиатрични отделения или съдействат за настаняване в резидентна услуга.
- Персоналът на центровете за психично здраве в общността в Италия включва мултидисциплинарен екип, състоящ се от психиатри, медицински сестри, психолози, социални работници, ерготерапевти, където всеки допринася според професионалната си компетентност и съгласно законовите разпоредби за психичното здраве.
- В Италия фигурата на социалния работник играе голяма роля и е от съществено значение при лечението и рехабилитацията на лица с психични проблеми. Както установихме, неговата дейност се фокусира върху центрове за психично здраве, и чрез нея се покрива необходимостта от активна социалната работа в психиатричните отделения, резидентните услуги и дневните центрове, тъй като и в трите посочени структури няма вътрешен социален работник.
- **В Албания** службите за психично здраве са разделени в три категории: услуги в психиатрични болници, услуги в общностните центрове за психично здраве и резидентните услуги за психично здраве. Тук липсват дневните центрове за психично здраве.
- В Албания е налице болничен подход към лечението на лица, страдащи от психични проблеми, въпреки че напоследък с различните реформи, предприети от правителството, стана възможно да се намали големият брой легла и лица, лекувани в психиатрични болници. Все още обаче, предстои много работа на различни нива, за да се приключи процеса на закриване на психиатричните болници.
- Психиатричните болници в Албания все още имат най-значима роля в лечението на лица с психични проблеми, тъй като именно тези структури дават препоръка за преместването на хронични пациенти в резидентните услуги за психично здраве. В някои градове центровете за психично здраве също са под юрисдикцията на психиатричните болници. В тези болници работи мултидисциплинарен екип, съставен от психиатри, медицински сестри, социални работници, психолози, ерготерапевти, болногледачи и др.
- Що се отнася до центровете за психично здраве в общността, това са структури, интегрирани в системата на психичното здраве след 90-те години, с разпадането на комунистическата система в страната. Тези центрове все още не са достатъчно добре разпространени в мрежата от социално-здравни услуги, броят им е значително малък и понастоящем съществуват само в някои от най-големите градове в страната, оставяйки потребностите на голяма част от населението неудовлетворени.
- Персоналът на центровете за психично здраве в общността се състои от психиатри, социални работници, психолози, медицински сестри, ерготерапевти.
- Дори броят на защитените жилища – резидентните услуги за психично здраве, все още е много малък в сравнение с големия брой пациенти, настанени в психиатричните болници, които и поради семейна депривация или липса на семейна среда остават в затворени в болничното заведение.

- Персоналът, ангажиран в дейността на резидентните услуги се състои от социални работници, психолози, медицински сестри, ерготерапевти, а нуждата от психиатър се покрива от психиатъра на общностните центрове за психично здраве.
- Дневните центрове за психично здраве в Албания липсват, въпреки че са положени много усилия за тяхното откриване. Причините са многобройни, но като по-значими можем да споменем липсата на финансиране и липсата на заетост за допълнителен персонал. Вероятно, недостатъчното внимание и осъзнатост относно ролята и функциите на тези центрове за лечението и рехабилитацията на хората с психични проблеми, също оказва влияние върху актуалното състояние.
- **В България** установихме, че се прилага различен модел на разпределение на услугите за психично здраве. Те са разделени на психиатрични болнични служби, психиатрични отделения в регионалните общи болници, центрове за психично здраве, резидентни услуги за психично здраве и дневни центрове за психично здраве.
- Всички тези структури са обезпечени от персонал, включващ психиатри, медицински сестри, социални работници, психолози, ерготерапевти и др.
- Психиатричните болници значително са намалили броят на лекуваните пациенти. Насочването за хоспитализация се извършва от центрoвете за психично здраве, но също и по искане на физически лица или след искане на членове на семейството.
- Центровете за психично здраве поемат най-голям дял от броя на нуждаещите се от подкрепа в областта на психичното здраве. Тези структури разполагат с обучен мултидисциплинарен екип. Центровете за психично здраве издават направления за хоспитализация в психиатрични болници, за лечение в регионални болници, за настаняване в резидентна услуга (защитено жилище) или и за посещение на дневни центрове за психично здраве.
- Резидентните услуги за психично здраве в България са структури, които могат да бъдат делегирана от държавата социално-здравна дейност, да получават индивидуални дарения или да са частично платени от потребителите, които са настанени в тези структури.
- Що се отнася до дневните центрове за психично здраве в България, те играят важна роля за интегриране на хора с психични проблеми. Лицата, които могат да посещават тези центрове, трябва да са на възраст над 18 години и да бъдат диагностицирани с психични проблеми. Те са финансирани от държавата центрове, но в някои случаи (при получаване на храна, например) потребителите на услугата трябва да заплатят такса.

ПРЕПОРЪКИ

1. Да се подпомогне завършването на интегрираната мрежа от услуги в приоритетните области с услуги в общността, както и да се постави началото на създаване на такива мрежи във всички региони на страната (където липсват), за да се осигури по-добър достъп на населението до грижи за психичното здраве.
2. Да се открият възможно най-скоро спешни психиатрични отделения със стационар в регионалните болници, за да се намали тежестта върху стационарните услуги и да се избегне ефекта на хоспитализацията в тях.
3. Да се отдаде нужното внимание на създаването на услуги, които предоставят възможности за психосоциална рехабилитация и интеграция на пациенти, които са останали с години в психиатричните институции.
4. Да се увеличи броя на специалистите, работещи в услугите за психично здраве, за да се отговори на нуждите на населението от специализирани грижи, както и по-добро разпределение на тези ресурси в отговор на необходимостта от подобряване на достъпа.
5. Да се разработят професионални профили, отразяващи адекватно ролите и отговорностите на всички специалисти в областта на психичното здраве, липсата на които, в допълнение към актуалните проблеми при разпределението на задачите между членовете на мултидисциплинарни екипи и нестандартизираните услуги, влияе и създава трудности при мониторинга на качеството и ефективността на тези услуги.
6. Ангажираността и грижите за пациенти, страдащи от психични заболявания, трябва да бъдат замислени като мултидисциплинарна намеса с услуги и пряка подкрепа за пациентите и техните семейства, които се грижат за тях (семеини грижи).
7. Да се гарантират и предприемат мерки за лечение и рехабилитация на лица с психични разстройства, както и всички други мерки, които засягат превенцията на психичните проблеми.
8. Човешките и професионални ресурси трябва да бъдат разширени и фокусирани, за да се отговори на необходимостта от качество и ефективност спрямо лица, страдащи от психични проблеми. Важно е структурите да се ангажират със задълбочен анализ относно оценката на необходимостта от промяна и прозрачността при администрирането на този процес. Само по този начин и с участието на квалифицирани професионални специалисти, системата на психичното здраве може да се управлява ефективно, отразявайки непрекъснато нарастващите нужди на хората с психични разстройства.
9. Разработване и прилагане на план за действие за реформиране на услугите за психично здраве, така че те да могат да се предоставят на етапи въз основа на клиничния приоритет и наличните ресурси. На първо място в списъка с приоритети трябва да бъде пълното предоставяне на услуги с изключителен фокус върху човешките права и свободи.
10. Сътрудничеството между държавните структури, създаването на ориентационни политики, както и здравните структури трябва да насочва и улеснява провеждането на проучвания, научни изследвания и практическа работа за подготовка на изследователски

инструментариум, тестване на интервенции, насочени към подобряване на качеството на услугите и грижите, предоставяни на различни нива, както и на ниво политики.

11. Разработване и прилагане на програми за насърчване на психичното здраве, които ще имат за цел повишаване на обществената осведоменост, но също така и борба със стигмата и дискриминацията срещу хора с психични проблеми.
12. Подкрепа от държавата и донорите и частния сектор на услугите, както и създаването на семейни и потребителски организации като много важен ресурс за осигуряване на съответствие на политиките, законодателството и услугите с нуждите на населението.
13. Да се обърне повече внимание на промоционалните и превантивни интервенции, тъй като това води до много положителни резултати при намаляване на тежестта на услугите до други нива, които понастоящем нямат капацитета и се разпространяват, за да покрият цялото население с услуги.
14. Да се осигурява непрекъснато професионално развитие на персонала, нает в службите за психично здраве, в подкрепа на новите професионални роли и най-добрите мултидисциплинарни практики, основани на данни и с особен акцент върху правата на пациентите.
15. Да се предприемат конкретни стъпки за настаняване на пациенти с диагноза умствена изостаналост, изоставени от своите семейства, които не се нуждаят от медикаментозно лечение, в специални заведения, пригодени за тях, извън психиатричните болници.
16. Провеждане на непрекъснато обучение на медицински и психо-социален персонал за превантивно и специфично лечение, както и точното определяне на психодиагностичните параметри при консултации за прием и при предлагане на поддържащи терапии, адаптирани към клиничните структури.
17. Подобряване на системата за планиране и финансиране на социални услуги в общността и прилагане на услуги отдолу-нагоре, от общинско до областно и централно ниво.
18. Политическата воля трябва да осигури финансови ресурси, да интегрира усилията на различни институции и агенции за прилагане на реформа в областта на психичното здраве и да убеди обществото в необходимостта от промяна.
19. Да се осигурят услуги за психично здраве в съответствие с естеството на проблема и произтичащите от това нужди.
20. Прилагане на политики и интервенции на европейски модели на лечение и подкрепа за лица с психични проблеми, за да се повиши ефективността на услугите.
21. Увеличаване на броя на социалните работници в структурите за психично здраве и осигуряване на ролята им като важна част от мултидисциплинарния екип.
22. Подробни проучвания по епидемиология, етиология на заболяването, факторите и последиците за психичното здраве, както и относно възможностите за европейска намеса и прилагане на най-добрите практики.

Трудности при провеждане на дисертационното изследване и ограничения на дисертационния труд

1. Трудност при установяване на контакт със специалисти по психично здраве.
2. Малкият брой социални работници, с които е бил установен контакт за провеждане на интервютата.
3. Проучването е проведено само в три страни.
4. Трудности от бюрократичен характер. Интервюираните не дават интервюта, без предварително да получат разрешение от директорите си.
5. Недоверие в записването на интервютата. Интервюто е проведено като се водят писмени бележки от изследователя.
6. Липса на предишни проучвания в Албания за ролята на социалната работа в психичното здраве.

ПРИНОСНИ МОМЕНТИ НА ДИСЕРТАЦИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

1. Реализирано е теоретично изследване в областта на клиничната социална работа с хора с психични разстройства, основано на сравнителен модел в страните Италия, Албания и България.
2. Реализирано е комплексно емпирично изследване на няколко нива (интервюта със социални работници от три различни държави; пряко наблюдение в институции и организации в сферата на психичното здраве; анализ на случаи от практиката), което очертава необходимостта от адаптирането на европейски практики, с цел осигуряване благосъстоянието на хората с психични разстройства.
3. Очертана е авторска визия за решаване на трудностите в клиничната социална работа с хора с психични разстройства.
4. На базата на анализи на различни равнища (нормативни източници, практики, личен опит) е систематизиран профил на клиничния социален работник, чието професионализиране е в основата на професионализирането на грижата в полето като цяло.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Господинов, Б. (2009). За същността и статута на социалната работа. В: Подготовка, професионална реализация и социален статус на социалния работник.
2. Деянова, Г. Формиране на емоционална интелигентност при хора с психични разстройства чрез работа в група. –В: ГСУ Социални дейности, 107.
3. Механджийска, Г. (2017). Как помага клиничната социална работа: области и методи за интервенция. Социална работа. 2, V. ISSN 1314-9644 - https://www.swjournal-bg.com/download.php?news_id=61 (посетен на 14.05.2021)
4. Сапунджиев, С. (2020). Роля на клиничния социален работник при социална работа с група от лица с психични разстройства. Социална работа. 1, VII. ISSN 1314-9644 - https://www.swjournal-bg.com/download.php?news_id=98 (посетен на 14.05.2021)
5. Allen, R. (2014) The Role of the Social Worker in Adult Mental Health Services - https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_112306-10_0.pdf Accessed May 19, 2018.
6. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: VA, p. 21. ISBN 978-0-89042-554-1.
7. Australian Association of Social Workers. (2012) Social Work and Mental Health Position Paper - <https://www.aasw.asn.au/document/item/3284>
8. Balgopal, P.R. (2000). Social Work Practice with Immigrants and Refugees. p. 220. ISBN 978-0-231-50418-8.
9. Bentley, K. (1994). Supports for Community-Based Mental Health Care: an Optimistic View of Federal Legislation. Health & Social Work, 19/4, pp. 288–294.
10. Borrell-Carrió, F., Suchman, A., Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. Annals of Family Medicine. 2 (6): 576–582. doi:10.1370/afm.245.
11. Burg, M.A. et al. (2010) Barriers to Accessing Quality Health Care for Cancer Patients: A Survey of Members of the Association of Oncology Social Work, Social Work in Health Care, 49:1, 38-52, DOI: 10.1080/00981380903018470 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00981380903018470?scroll=top&needAccess=true> Retrieved 2019-08-07
12. Corcoran, J., Walsh, J. (2006). Clinical Assessment and Diagnosis In Social Work Practice. New York: Oxford University Press.
13. Dogar, I.A. (2007). Biopsychosocial Model. APMC, Vol 1(1), January 2007 - https://applications.emro.who.int/imemrf/Ann_Punjab_Med_Coll/Ann_Punjab_Med_Coll_2007_1_1_11_13.pdf Accessed July 14, 2018.
14. Engel, G.L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. American Journal of Psychiatry, 137/5, pp. 535–544.
15. Engel, G.L. (2009) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Holistic Medicine. 4 (1): 37–53. doi:10.3109/13561828909043606.
16. Fritsher, L. (2020). Medical Model Use in Psychology - <https://www.verywellmind.com/medical-model-2671617> Accessed May 5, 2020.
17. Goldstein, E. (1996). What Is Clinical Social Work? Clinical Social Work Journal, Vol. 24, 1.
18. Hopwood, V., Donnellan, C. (2010). 3 - Current context: neurological rehabilitation and neurological physiotherapy. In: Val Hopwood, V., Donnellan, C. Acupuncture in Neurological Conditions, Churchill Livingstone, 2010, pp 39-51, ISBN 9780702030208, <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-3020-8.00003-5>.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702030208000035>) Retrieved 18 April 2019.
19. John Hopkins Medicine. The History of Psychiatry Social Work at The Johns Hopkins Hospital - https://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/expert_team/social_work/dept_history.html
20. Konstantinidis, G. (2005). Elsevier's Dictionary of Medicine and Biology in English, Greek, German, Italian and Latin. Amsterdam: Elsevier Science.
21. Kola, V. (2016). Historia e Psikiatrisë së Shqipërisë.
22. Laing, R.D. (1971). The Politics of the Family and Other Essays, Routledge.
23. Mechanic, D. (1980) Mental Health and Social Policy, 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall.

24. National Association of Social Workers. Social Work Profession –
25. <https://www.socialworkers.org/pressroom/features/general/profession.asp> Accessed 02.10.2019
26. National Association of Social Workers. (2003) Standards and Indicators for Cultural Competence in Social Work Practice - <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=7dVckZAYUmk%3D&portalid=0> Accessed 02.10.2019
27. Rochester University (2019). The Biopsychosocial Model Approach - <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf> Accessed November 14, 2019
28. Roessler, M. (2008). Sozialraumorientierte und klinische Sozialarbeit im Dialog. – Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung, 4. Jg., Heft 3, Juli.
29. Stitz, A. (2015). Recovery und Klinische Sozialarbeit. ZKS-Verlag.
30. Woods, M. Hollis, F. (1999) A Psychosocial Therapy. McGraw-Hill Companies, Incorporated. ISBN 978-0-07-290179-5.
31. Woodward, K. (2015) Psychosocial Studies. NY: Routledge, pp. 3–4, 7–8, ISBN 978-1-315-86782-3.
32. World Health Organization. (2007). Community Mental Health Services Will Lessen Social Exclusion, Says WHO. Geneva: press release. 1 June 2007 – <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/> Accessed October 10, 2019.
33. World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958> Accessed October 10, 2019.

Приложения

Списък на публикациите по темата на дисертацията

1. **Musta F.**, Bogdanova M. (2021): Analysis of interventions and social work services in the Psychiatric Hospital “Sadik Dinci” Elbasan, Albania. World Journal of Advanced Research and Reviews (WJARR), Vol. 10 (2): xxx-xxx. e-ISSN: 2581-9615, CODEN (USA): WJARAI; (Cosmos Impact Factor = 4.98; Index Copernicus, IC Value = 90.12). Article DOI:10.30574/wjarr.ourcrossmarkpolicy ; <http://wjarr.com/> ; <https://wjarr.com/content/archive-issues>
2. **Musta F.**, Bogdanova M. (2021): Effectiveness of community-based psychosocial services for individuals with mental health problems in Elbasan city, Albania. World Journal of Advanced Research and Reviews (WJARR), Vol. 10 (2): xxx-xxx. e-ISSN: 2581-9615, CODEN (USA): WJARAI; (Cosmos Impact Factor = 4.98; Index Copernicus, IC Value = 90.12). Article DOI:10.30574/wjarr.ourcrossmarkpolicy ; <http://wjarr.com/> ; <https://wjarr.com/content/archive-issues>
3. **Musta F.**(2019): Comparative analysis of social work practices in mental health between Italy and Albania.International Conference “ Achievements and challenges of social work profession in Albania”.8th November 2019 Elbasan/Albania.**Book of abstract** 68.ISBN 978-9928-4559-5-6
4. **Musta F.** (2019) :The role and importance of the social worker in the field of mental health. International Conference “ Achievements and challenges of social work profession in Albania”.8th November 2019 Elbasan/Albania.**Book of abstract** 69.ISBN 978-9928-4559-5-6
5. **Musta F.**, Dervishi E. (2018): Levels of Adolescent knowledge on mental health problems and their prevention. International Conference .Achievements and challenges of social work profession in Albania 19-20 Oktober 2018 Shkoder,Albania. **Proceedings** 107. ISBN :978-9928-218-54-4
6. Asllani D.,**Musta F.**,Dervishi E. (2017) :The experience and practice of social work in psychiatry. International Conference” Achievements and challenges of social work profession in Albania” 25-27 October Tirana ,Albania.**Book of Proceedings** 49.ISBN:978-9928-4329-6-4

Декларация за оригиналност и достоверност



СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ
ОХРИДСКИ“
ФАКУЛТЕТ ПО ПЕДАГОГИКА

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ОРИГИНАЛНОСТ И ДОСТОВЕРНОСТ
(по чл. 27, ал.2 от ПП ЗРАСРБ)

От: Флутра Муста, докторант към катедра Социална работа, на Софийски университет „Св. Климент Охридски“

Декларирам, че представената от мен за защита дисертация на тема: **„Савнителен анализ на европейски модели на социална работа за хора с психични разстройства“** за присъждане на образователната и научна степен "доктор" е оригинална разработка и съдържа оригинални резултати, получени при проведени от мен научни изследвания (с подкрепата и съдействието на научния ми ръководител).

Декларирам, че резултатите, които са получени, описани и/или публикувани от други учени, са надлежно и подробно цитирани в библиографията, при спазване на изискванията за защита на авторското право.

Уведомена съм, че в случай на констатиране на плагиатство в представената дисертация, комисията по защитата е в правото си да я отхвърли.

Декларирам, че настоящата дисертация не е представяна пред други университети, институти и други висши училища за придобиване на образователна и научна степен.

Дата: 15.04.2021

Декларатор:
(Флутра Муста)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Flutra Musta', written over a horizontal line.