

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”
ФАКУЛТЕТ ПО ПЕДАГОГИКА
КАТЕДРА „СОЦИАЛНА РАБОТА”

СИМЕОН ИВАНОВ САПУНДЖИЕВ

**ПРЕВЕНЦИЯ НА СОЦИАЛНОТО ИЗКЛЮЧВАНЕ ПРИ ХОРА С ПСИХИЧНИ
РАЗСТРОЙСТВА**

АВТОРЕФЕРАТ

*на дисертация за присъждане на научна и образователна степен „доктор” по
професионално направление 3.4 Социални дейности (Клинична социална работа с
лица с психични разстройства)*

Научен ръководител:
доц. д-р Вержиния Боянова

София,
2020 година

Дисертационният труд е с общ обем от 338 стр. и е структуриран в увод, четири глави, заключение, декларация за авторство, използвана литература от 165 източника и 17 приложения. Същинската част на труда е с обем 279 стр., а приложенията са 59 стр. (обособени в отделно книжно тяло). От използваните научни източници 119 са на български език, 11 на руски език, 34 на английски език и 1 на френски език. Дисертационният труд включва 28 таблици и 11 диаграми.

Публичната защита ще се състои на2020г., отч., в зала на Ректорат СУ „Св. Климент Охридски”.

СЪДЪРЖАНИЕ

УВОД	с. 3
Структура и съдържание на дисертационния труд.....	с. 3
I. ГЛАВА ПЪРВА: ТЕОРЕТИЧНА ПОСТАНОВКА	
I.1. Социално изключване на хората с психични разстройства.....	с. 7
I.2. Клиничната социална работа с хора с психични разстройства, като фактор за социално включване.....	с. 9
I.3. Профилактика и превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства.....	с. 10
I.4. Социална подкрепа.....	с. 11
I.5. Психосоциална рехабилитация на хора с психични разстройства.....	с. 12
I.6. Социално включване и промоция на психичното здраве.....	с. 14
I.6.1. Превенция на стигма и дискриминация при хората с психични разстройства.....	с. 15
I.6.2. Превенция на стигма.....	с. 15
I.7. Превенция на дискриминация.....	с. 16
I.8. Ролята на клиничния социален работник в екипа за превенция на социалното изключване и при социална работа в група от хора с психични разстройства.....	с. 16
II. ГЛАВА ВТОРА: МОДЕЛИ И ПОДХОДИ ЗА ПСИХОСОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЛИЦА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА	
II.1. Модел на психосоциална рехабилитация „Clubhouse”.....	с. 18
II.2. Петкомпонентен модел за възстановяване на личността.....	с. 18
II.3. Практико-приложен модел на психосоциална подкрепа – CALMER.....	с. 18
II.4. Системно-интегративен модел.....	с. 19
II.5. Модел за социално включване чрез развитие на социално предприемачество.....	с. 19
II.6. Модел на психосоциална рехабилитация по Р. Либерман.....	с. 19
II.7. Шахматен модел.....	с. 19
II.8. Модел „РАСТ”.....	с. 20
II.9. Модел на социални услуги, управлявани от потребители.....	с. 20

II.10.	Концептуална рамка на възстановяването на личността в процеса на психосоциална рехабилитация.....	с. 20
II.11.	Подпомагане на заетостта при хората с психични разстройства.....	с. 21

III. ГЛАВА ТРЕТА: ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

III.1.	Дизайн на емпиричното изследване.....	с. 22
III.2.	Първи етап на изследване – анализ и оценка на състоянието на социално включване на хората с психични разстройства и операционализация на променливите.....	с. 23
III.3.	Операционализация на променливите.....	с. 23
III.4.	Описание на инструментариума.....	с. 24
III.5.	Представяне и анализ на резултати от емпирично изследване на социалното включване на хора с психични разстройства.....	с. 25
III.5.1.	Представяне и анализ на категорията „Социална подкрепа”.....	с. 26
III.5.2.	Представяне и анализ на категорията „Дискриминиране и стигматизиране”.....	с. 27
III.5.3.	Представяне и анализ на резултатите от категорията „Профилиране на тип личност”.....	с. 30
III.6.	Представяне и анализ на резултатите от интервю с професионалисти във връзка с превенция на социалното изключване на хора с психични разстройства.....	с. 32

IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА: МОДЕЛ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА СОЦИАЛНОТО ИЗКЛЮЧВАНЕ

IV.1.	Втори етап на изследване – създаване на Интегративен практико-приложен модел за групова работа за превенция на социалното изключване.....	с. 43
IV.2.	Процес на прилагане на Интегративен практико-приложен модел „Включени”.....	с. 44
IV.3.	Описание на модела.....	с. 45
IV.4.	Съдържание на Интегративен практико-приложен модел „Включени”.....	с. 47
IV.5.	Апробиране на Интегративен практико-приложен модел „Включени”.....	с. 60
IV.6.	Представяне и анализ на резултатите от експертна оценка на Интегративен практико-приложен модел „Включени”.....	с. 67

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....

1.	Анализ на хипотезите.....	с. 73
2.	Препоръки.....	с. 75

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА.....

НАУЧНИ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	с. 81
ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	с. 82

УВОД

През 2015 година 25% от всички финансови „обществени щети“ в световен мащаб са нанесени поради инвалидизиране на базата на психични разстройства, а прогнозата е за кратък период от време (до 2020 година, без отчитане на пандемията с Covid-19) този дял да нарасне до 50% (Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век., Министерство на здравеопазването на Република България, 2016). Към годината на изготвяне на Доклада (2004 год.) е изчислено, че икономическите щети, които причинява само едно от тежките психични разстройства – шизофрения, само за един град София, възлизат на 69,5 млн. лева, а за цялата страна са 400 млн. лева. Същевременно едва 2,5% от държавния бюджет за здравеопазване са предназначени за лечение и профилактика на психични разстройства (пак там).

Пълноценното социално функциониране на лицата с психични разстройства изисква много повече от периодично болнично лечение или последващата продължителна медикаментозна терапия. Дори медицинските специалисти вече са убедени в необходимостта и важността на психосоциалната рехабилитация като единствен основен и най-важен начин за преодоляване последствията от социалното изключване и реинтеграция на лицето с психично разстройство в обществото (Сапунджиев, С. 2017, с. 103-104). В това русло се развива и понятието за дефиниране на психично здраве. Според Световната здравна организация, то е „състояние на благополучие, при което индивидът реализира своите способности, може да се справи с обичайните житейски стресови ситуации, в състояние е да работи продуктивно и плодотворно, допринасяйки за общността“ (по: Hermann, H. and all, 2004, p. 12). Психичното здраве е свързано с повишаването на компетентността на личността и позволява постигане на поставените от самата нея субективни цели. Не само житейската посока е субективно определена, а и цялостното понятие за психичното здраве включва субективно преживяване на благополучие, лична преценка за собственото ниво на ефективност, автономност, компетентност, преценка за степента на зависимост между поколенията и усещане на способността за реализиране на собствения интелектуален и емоционален потенциал (Германов, Д., 2006). Нарушеното психично здраве предизвиква огромно страдание у заболялия субект, като създава силни предпоставки за влошаване на неговото социално функциониране, сериозен риск за материалното му благополучие и предпоставка за изпадане в състояние на трайно социално изключване и на крайна маргинализация.

Всичко това налага необходимостта от всеобхватна и качествена психосоциална рехабилитация за всички членове на целевата група, с цел реинтеграция в обществото. Настоящият дисертационен труд прави опит за предлагане на работещ специализиран Модел за осъществяване на превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства.

Структура и съдържание на дисертационния труд

Дисертационният труд се състои от увод, четири глави, заключение, библиография и приложения.

В увода е обоснована актуалността и значимостта на темата. Определени са обект, предмет, цел, задачи, хипотеза, подбор на методите на изследване.

Основанията да се пристъпи към разработката на настоящия дисертационен труд на посочената тема са:

- Съвременната социална ситуация, в която се налага необходимостта от превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства, както и подобряване степента на социална интеграция на тази социална група;
- Омекотяване и/или преодоляване на степента на дискриминация, стигматизация, неприемане от семейство, общество и наличието при целевата група на множество медико-социални проблеми;
- Недостатъчната приложимост на съществуващите модели на психосоциална рехабилитация за превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства;
- Необходимостта от създаване на интегративен модел, включващ всички основни сфери на социални интеракции за подобряване процеса на социално включване на хората с психични разстройства;
- Рискът и състоянието на маргинализиране, живот в крайна бедност и социална изолация, поради липса на специализирани проекти и подкрепа на пазара на труда за хората с психични разстройства.

Поставената цел на изследването е да се проследят в теоретичен и емпиричен план условията за постигане на социално включване и да се апробира Модел за психосоциална рехабилитация и превенция на социалното изключване на хора с психични разстройства и реинтегриране им в общността.

Целта на научното изследване бе конкретизирана чрез следните задачи:

1. Да се разработи теоретична постановка на изследването, включваща различни концепции и модели, свързани с превенция на социалното изключване и социално включване на хората с психични разстройства;
2. Да се осъществи теренно проучване и конструиране на авторски изследователски инструментариум за емпирично изследване на психосоциалните проблеми, предизвикващи социалното изключване на хората с психични разстройства – чрез анкетиране на извадка от целевата група и чрез интервюиране на психичноздравни професионалисти;
3. Въз основа на емпиричното изследване и неговата теоретична постановка да се изгради практически осъществим у нас модел за социално включване на хората с психични разстройства;
4. Моделът да бъде приложен на практика, чрез осъществяване на психосоциална рехабилитация, под формата на клинична социална работа в група с конкретна извадка;
5. Да се анализират резултатите от прилагането и да се оцени ефективността на Модела.

Обект на изследването са лица с психични разстройства, бенефициенти на специализираните дневни центрове, защитени жилища, центрове за социална рехабилитация и интеграция, дневни стационари и отделения на психиатрични лечебни заведения, клинична социална работа на терен, както и анализ на водещи модели за психосоциална рехабилитация.

Предмет на изследването е процесът на превенция на социалното изключване, чрез прилагане на подходи и модели за рехабилитация и целенасочена социална подкрепа на хората с психични разстройства.

На тази основа е изградена и хипотезата на изследването: допускаме, че разработването на научно обоснован модел за превенция и психосоциална рехабилитация на хората с психични разстройства чрез клинична социална работа в група, би повишило техните социални и битови умения, здравни и интерперсонални компетентности, вследствие на което ще се подобрят трайно социалните им взаимоотношения с другите. Така ще се осъществи превенция на тяхното социално изключване и ще се повиши нивото на социалното им включване.

Резултатите от констатиращия етап на настоящето емпирично изследване ще покажат, че прилаганите мерки и модели в социалните и здравни услуги не водят до високи нива на социално включване на лицата с психични разстройства.

Резултатите от емпиричното изследване ще покажат, че хората с психични разстройства срещат проблеми в интеракциите си в следните социални среди: роднинска, приятелска и съседска.

Ще бъде създаден модел за групова психосоциална рехабилитация на базата на задълбочен теоретичен анализ и на базата на резултатите от проведено емпирично изследване. Той ще бъде анализиран и оценен като способен да предостави решение на проблема със слабата ефективност на досегашните модели за психосоциална рехабилитация, повишавайки резултатите по показателите, измерващи социалното включване.

Методите, които използвахме са диференцирани на следните нива:

На теоретично ниво: анализ на теоретични източници, нормативна база, програми и проекти по посока целите и задачите на изследването, контент анализ, обобщение, анализ и синтез.

На емпирично ниво: анкета, интервю, експертна оценка, експеримент (групова работа по изготвения Интегративен практико-приложен модел), анализ, обобщение.

Статистически методи: извеждане на абсолютна и относителна стойност, мерки на централната тенденция, мерки на разсейването (стандартно отклонение), размах, ексцес, дисперсия и установяване на взаимозависимост по метода на Пиърсън (чрез софтуера IBM SPSS 26).

Според М. Йоргова социалното изключване е „процес, при който отделни индивиди или групи от хора поради бедност, липса на адекватно образование и квалификация или дискриминация, са изключени от участие в дейности на различни равнища, които са норма за другите хора в обществото” (Йоргова, М., 2011, с. 9). Повечето автори се обединяват около това, че социалното изключване не е нещо статично, не е факт от миналото, а процес, развиващ се с тенденции на задълбочаване за в бъдеще. Ф. Бородкин е на същото мнение, като определя развиващото се социално изключване като „последователност от състояния на относителна социална депривированост”, както и като „последователност от обстоятелства, които довеждат индивида или групата от нормално състояние до състояние на изключеност” (Бородкин, Ф., 2000, с. 16).

Споменахме, социалното включване е процес, насочен към маргинализирани групи от обществото ни, като „деца, безработни, бедни, ниско образовани, бездомни, самотно живеещи, многодетни семейства, самотни родители, стари хора, роми, мигранти, хора с увреждания” (Йоргова, М., 2011, с. 24). В настоящия труд ще се акцентира върху социалното включване на най-слабо интегрираната част от лицата с увреждания, а именно хората с психични разстройства.

Социалната рехабилитация е „комплексно и целенасочено използване на медицински, социални, образователни и трудови мерки с цел приспособяване на болни и инвалидизирани към дейности на максимално за тях равнище“ (Ачкова, М., 2001, с. 180). Н. Машонов извежда три типа психопрофилактика, но той ги нарича психопревенция, като същността и последователността и на трите типа съвпада с диференцираните от В. Станчева-Попкостадинова (Машонов, Н., 2011, с. 110-111).

Първа глава на дисертационния труд е посветена на теоретично изследване, свързано с основния понятиен апарат. *Втора глава* от дисертационния труд представя първата част от емпиричното изследване. Тя съдържа дизайн на емпиричното изследване; анализ и оценка на състоянието на социално включване на хората с психични разстройства, както и резултати от интервю с психичноздравни професионалисти. *Трета глава* от дисертационния труд е посветена на втората част от емпиричното изследване – създаване на Интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства чрез психосоциална рехабилитация, под формата на клинична социална работа в група; представяне и анализ на резултатите от апробиране на Модела в две групи, както и представяне и анализ на резултатите от експертна оценка на Модела.

В хода на анализа на данните са използвани таблици, графики, диаграми и др. В приложенията се намират таблици от корелационни резултати, описани в текста на трета глава; образци на използваните методики (включително адаптирана от автора методика); бланки на приложените въпросници; бланки от интервю с професионалисти и от експертна оценка, както и кодирани оригинални резултати от прилагането им.

I. ГЛАВА ПЪРВА: ТЕОРЕТИЧНА ПОСТАНОВКА

Първа глава на дисертационния труд бе посветена на теоретично изследване, свързано с понятийния апарат. Проучени бяха множество теоретични източници, на базата на които бе осъществен анализ на следните основни за настоящия дисертационен труд понятия: социално изключване, социално включване, същност и видове на психичните разстройства, социално-медицински проблеми и потребности на хората с психични разстройства; социална подкрепа; нормативна уредба в сферата на психичното здраве и труда; профилактика и превенция на социалното изключване; промоция на психичното здраве; холистичен подход при превенция на социалното изключване на хората с психични разстройства.

Проучени, разгледани, анализирани и описани бяха световно признати специализирани модели за психосоциална рехабилитация, под формата на добри практики за осъществяване на социално включване на хората с психични разстройства. Поставен бе акцент върху извеждане на понятията социално включване и социално изключване. Осъществена бе препратка към авторски студийен анализ за стигмата и дискриминацията при целевата група. Тези две понятия са разгледани в контекста на проучвания от изследователи като Д. Градев, Г. Колев, М. Деливерска и др. Диференцирането на понятието промоция на психичното здраве е изведено на базата на трудове на Б. Ивков, Г. Хранов и др.

Специално внимание бе отделено и на ролята и професионалните умения на клиничния социален работник в екипа за превенция на социалното изключване и реинтеграция на хората с психични разстройства, както и на преглед на актуални програми, проекти и стратегии за социално включване. Разгледани са тематични трудове на В. Боянова, Л. Стракова, И. Тепавичаров, С. Цветанска и др.

I.1. Социално изключване на хората с психични разстройства

От многото изследователи посветени на темата, като основоположник на понятието „социално изключване” се приема Рене Люноар. Той описва „състоянието на маргинални” групи от френското общество, на които социалната система не помага, но които обществото солидарно би следвало да приобщи” (по Йоргова, М., 2011, с. 10).

В. Бльомерс обосновава шест различни форми на социално изключване:

- Първата той нарича „активно убийство/геноцид” – това е „жестоко изстребване в резултат на ирационални и архаични страхове, разбирания за пречистване от неестествени жизнени създания, (...) социален дарвинизъм и евгеника”,
- Втората е „пасивно убийство или експулсиране от групата, имащо за резултат физическа или социална смърт: експулсиране от социалната група”. Като практически пример, авторът, посочва тук имобилизирането при лечението на психични заболявания и „визуалното маркиране с отличителни знаци”,
- Третата форма на социално изключване е „изолацията”. Това е пространствената изолация на т. нар. „различни хора” от общността –

обособяване на специализирани институции и локализирането им извън населените места или скрити в периферията им,

- Четвъртата форма е „ограничаване на участието”, в смисъл ограничаване на „социалните права и задължения” на определени групи от обществото,
- Предпоследната форма е наречена „модификация на участието”. Това е „етикетирането” и „социалната инструментализация”. Изключената група хора са „обекти”, подлежащи на „лекуване, грижа, попечителство”,
- Последната форма на изключване е „ненамесата” – пълното игнориране на изключената група (Бльомерс, В., 2011, с. 22).

От всичко казано дотук, можем да направим извода, че съществуват следните различни *равнища на социално включване – физическо, психическо и емоционално*. Всичките форми на социално изключване се наблюдават в най-тежките си степени при целевата група на лица с психични разстройства.

Според З. Грабушинска социалното изключване е *„динамичен и многоизмерен процес на пълно откъсване или частично ограничаване на достъпа до различни социални, икономически, културни и политически системи, (...) процес, който е възможно да възниква поради липсата на ресурси или отказ на социални права, (...) процес, който не позволява на индивидите или групите пълно участие в живота на обществото, (...) многоизмерен процес, в който се свързват различни форми на изключване от гледна точка на участие при вземане на решения и в политически процеси, достъп до трудова заетост и материални ресурси, интеграция в рамките на общите културни процеси”* (Ивков, Б., 2005, с. 157-158). Лицата с психични разстройства биват изключвани по всички предходно описани измерения.

За А. Уолкър и К. Уолкър социалното изключване е *„динамичен процес на пълно или частично отстраняване на човека от социалните, икономическите, политическите или културните системи, които определят социалната му интеграция в обществото”* (по Нунев, С., 2009, с. 81). Barry и С. Hallet предоставят далеч по-комплексна дефиниция на социалното изключване. Те го определят като *мултидименционално неблагоприятно положение, което отстранява индивиди и групи от основните обществени процеси и възможности в обществото, като например жилищно настаняване, трудова заетост и нормални стандарти на живот, и може да се проявява под различни форми, по различно време, в рамките на отделни части от популацията* (Barry, M., C. Hallet, 1998, с. 1).

В различните европейски страни, съществуват известни политически и културни различия при дефинирането на понятието за социално изключване. В *британското* схващане за него, дефицитът е по-скоро е приписан на субектите, които не способстват своята интеграция в общността. Психичните разстройства винаги се проявяват чрез поведението на субектите, което не съвпада напълно с обществените очаквания и води до социална дезинтеграция. *Френската* гледна точка е подчинена изцяло на обществената солидарност, като според нея именно общността трябва да е инициатор на интеграцията на маргинализираните групи. Според Работната група по проблемите на статистиката на бедността и социалното изключване, то е *„динамичен процес, съдържащ неизгодни ситуации, които могат да доведат до определена степен на изключване, които на свой ред пораждаат трудности и по-дълбоко социално изключване, завършващо с трайна, многоизмерна, неблагоприятна ситуация (депривация)”* (по Ивков, Б., 2005, с. 158). И за Е. Ярская-Смирнова, социалното изключване също е *процес на депривация на „социалните субекти” от „престижни, социално приети ценности, съпроводен от*

стигматизация на индивидите или социалните групи, водещ към самоизолация и маргинализация на идентичността” (пак там, с. 159). Обобщено, социалното изключване е процес, то е вследствие от социалните и икономически промени, затова е многоизмерно явление, животът на пострадалите от него е засегнат във всички житейски сфери. Социалното изключване е също „кумулятивно явление”, причинено от липсата на ресурси, което довежда до „ситуация на многоизмерна депривация”, характеризира се със загуба на усещане за идентичност, прекъсване на връзките с обкръжаващата среда и общността. Социалното изключване се е превърнало в „социална патология, характеризираща се с многоизмерна депривация, с различни степени на многопластово напрежение, с дезинтеграция, с различни по степен и форма дефицити в участието...” (пак там, с. 160-161).

I.2. Клиничната социална работа с хора с психични разстройства като фактор за социално включване

Въпреки че понятието социалното включване се извежда като вторично, вследствие на социалното изключване, именно върху първото понятие е посветена специализираната професионална дейност на социалните работници. Социалното включване (също като изключването) се определя не като статичен факт, а като процес, *„който укрепва сплотеността на обществото, респективно, като процес с обратна на социалното изключване посока”* (Йоргова, М., 2011, с. 23). В специализирана служба за жизнена подкрепа на немския град Марбург (Fachdienst der Lebenshilfe), например, за понятието социалното включване се използва следната дефиниция: *„основно човешко право на всеки индивид в обществото, основаващо се на антропологичните основи на човешките различия”* (Fachdienst der Lebenshilfe, 1995, p. 13).

За разлика от негативния му антипод, социалното включване е структуриран процес, с научна обосновка и основа за развитие на специализирани политики, или иначе казано *„последователност от политически действия за осигуряване на равен достъп до ресурси, права и услуги, необходими за пълно участие в обществения живот и достойно съществуване на изпадналите в риск от бедност и социално изключване, както и за борба с всички форми на дискриминация, водещи до изолация”* (пак там). Както стана ясно от това определение, социалното включване е силно политически обусловен процес. Това е нормално, тъй като именно политическата воля, определя постигането на нормативни решения, които могат да променят обществената реалност. Социалното включване е *„комплекс от политики”* за *„защита на основните права”,* предоставяне на *„равни възможности”,* *„справяне с многобройните неблагоприятни последици и специфични нужди на различните уязвими групи”,* както и *„укрепване на солидарността”* между членовете на обществото (пак там).

М. Barry и С. Hallet извеждат релативна обобщена дефиниция на *социалното включване като опит за реинтеграция или увеличаване участието на маргинализирани групи в рамките на масовото общество* (Barry, M., C. Hallet, 1998, с. 5).

I.3. Профилактика и превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства

Превенцията на възникване на психично разстройство е превенция и на социалното изключване, тъй като психичните дефицити винаги водят до изолиране и/или отхвърляне от общността. Затова основна част от промоцията на психичното здраве е психопрофилактиката. Авторката я определя като „разработване и прилагане в практиката на мерки за предотвратяване възникването на психични разстройства и рехабилитация на психично болни” (Станчева-Попкостадинова, В. и др., 2011, с. 13). Психопрофилактиката може да бъде осъществявана на практика чрез различни подходи, като биопсихосоциален, екосистемен, епидемиологичен, образователен (пак там). Б. Ивков обединява като синоними понятията превенция и профилактика. Той определя профилактиката като „всички мерки, предприемани, за да се предотврати появата и/или развитието на нежелано поведение, състояния или събития сред дадено население” (Ивков, Б., Промоция на здравето – основни понятия и дефиниции).

Болшинството от психичните разстройства са типични хронични заболявания, със строго индивидуална степен на тежест в протичането. Независимо от нея, винаги е необходимо прилагането на комбинирано лечение и възстановяване с антипсихотични препарати и специализирана клинична социална работа, в продължение на много години. Ходът на повечето психични разстройства се хронифицира още от началото на възникването им, като процесът на медикаментозно лечение и психосоциална рехабилитация стават част от ежедневието на болния за цял живот. У нас, много малка част от хората с психични разстройства са клиенти на служби за психосоциална рехабилитация и интеграция.

Най-важната роля има именно превенцията на психични разстройства, която е диференцирана на първична, вторична и третична психопрофилактика. Първичната психопрофилактика съдържа в себе си активности насочени към подобряване на психичното здраве и предотвратяване възникването на психични разстройства (Станчева-Попкостадинова, В. и др., 2011, с. 14-15). От своя страна първичната психопрофилактика пък може да бъде диференцирана на три части. Първата е универсалната психопрофилактика, която е насочена към общата популация – „система за подкрепа, чрез консултиране и образование”. Второто подразделение е селективната психопрофилактика, която вече е предназначена към субекти или групи с повишен риск от развитие на психични проблеми – повишаване издръжливостта на психиката от неблагоприятни въздействия на средата и реализиране на психохигиенни дейности за предотвратяване възникването на психични разстройства. Последният подвид на първичната психопрофилактика е индикативната превенция. Тя е насочена към субектите или групите, които са в голям риск от отключване на ментален проблем. На практика тя се осъществява чрез подготовка на групи за взаимопомощ, индивидуални, групови и семейни специализирани консултации (пак там, с. 15).

Първичната психопрофилактика до голяма степен се идентифицира чрез клиничното консултиране и психотерапията. Вторичната психопрофилактика обединява професионална работа насочена към ранна диагностика, навременно лечение и омекотяване от последиците на вече възникнали психични разстройства. Основната цел на психопрофилактиката е „скъсяване продължителността на боледуване и инвалидизиране” (пак там, с. 16). Във вторичната психопрофилактика се залага предимно на

медикаментозната терапия, естествено в съчетание с не по-маловажната психосоциална рехабилитация и своевременни специализирани кризисни интервенции.

Последната третична психопрофилактика съдържа дейности, насочени към редуциране на последствията от хронифицираните психични заболявания и превенция на рецидивите на болестите (пак там). При този вид психопрофилактика основните дейности на клиничния социален работник са насочени към спиране на влошаването на емоционалното и психическо състояние на своите клиенти, както и максимално дълго запазване на актуалното състояние на клиента, постигане и/или увеличаване продължителността на ремисиите или относителните ремисионни състояния. На практика, в тези случаи би следвало клиничният социален работник да участва в мултидисциплинарен екип и да си сътрудничи с множество медицински специалисти по психично и соматично здраве, включително психиатър и психолог. Тук трябва да се работи активно със социалната среда на клиента, неговата общност, съставена от близки, роднини, приятели, интимен партньор, съседи, работодатели и други. В службите за психосоциална рехабилитация, клиничните социални работници имат за цел да предоставят психообразование на клиента, както и да подпомогнат създаването на максимално благоприятни условия за заболялия при неговата реинтеграция в социалната му среда.

I.4. Социална подкрепа

Освен в специализираните институции за лица с психични разстройства, клиничната социална работа е приложима при взаимодействието с клиенти от всички целеви групи, тъй като предлага „специфичен подход към клиничното” (Богданова, М., А. Бандеров, 2018, с. 139). Социалните услуги в общността, в които се реализират социалните дейности на практика са „функция на обществения и организиран характер на социалната работа като практика и професия”. Всички видове социални организации се „създават и съществуват, за да реализират мисията и целите на социалната работа, като основават дейността си на нейните ценности и принципи” (Симеонова, Р., 2011, с. 149).

За психиатъра Н. Машонов, основният ресурс на *превенцията на психичните разстройства* е именно „социалната група, към която той (страдащият) принадлежи” (Машонов, Н., 2011, с. 109).

От отношението на общността или т. нар. социална подкрепа се „очаква да внесе сигурност в битието на клиентите на социална помощ и услуги”. Единствено социалната подкрепа би могла да усилва „не само материалните и социалните, а и личностните ресурси на клиента” (Механджийска, Г., 2018, с. 67).

Не само измерването на степента на социална подкрепа у определен индивид е изцяло базирано на неговата субективна оценка, но и степента на необходимост от социална подкрепа, също е строго субективно обусловена. Субектът търси подкрепа, в моментите на своя емоционална или физическа нужда или проблем. Човекът е т. нар. „социално животно” и не би могъл да функционира извън общността, тоест извън социалната си подкрепяща среда.

Weiss извежда шест компонента на социалната подкрепа:

- „Чувство за емоционална близост и сигурност,
- Чувство за принадлежност към една група от хора с общи интереси и развлекателни дейности,

- Признаване на компетентност и умения,
- Увереност, че може да се разчита на други за помощ,
- Съвети и информация,
- Чувство за отговорност за благосъстоянието на друг” (по Бабакова, Л., 2013, с. 360).

Социалната среда е „съвкупност от обективни и субективни елементи и фактори на общественения живот” (Михайлов, С., 1996, с. 475). Социалната подкрепа не е само едностранен акт. За субекта е важно да получава социална подкрепа, но не по-маловажно е и той сам да притежава капацитет за предоставяне на такава подкрепа на нуждаещите се от помощ членове на неговата социална среда. Тоест, проявата и получаването на социална подкрепа не е необходимо да е задължително от най-близките емоционално до субекта лица, а може да се осигури (и то в добро качество) от по-разширения социален кръг, в лицето например на колеги или познати.

I.5. Психосоциална рехабилитация на хора с психични разстройства

Според В. Боянова и Н. Колева, социална рехабилитация е словосъчетание с латински корени, което се превежда като „възвръщане, възстановяване на способностите за активно участие на аномалната личност” в живота на общността (Колева, Н., В. Боянова, 2003, с. 117). Във френската специализирана литература, психосоциалната рехабилитация се определя като набор от процеси, насочени към подпомагане на хората, страдащи от психични разстройства, да се възстановят, тоест, да получат жизнен стандарт и адаптация, задоволителни спрямо очакванията на самите тях (Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale, 2019).

Р. Либерман е считан за един от основоположниците на съвременната психосоциална рехабилитация. Той дефинира съвсем кратко и точно „социалните умения на пациентите”, като „*точно отражение на социалното им функциониране и благополучие*“ (Либерман, Р. и кол., 1999, с. 33). Авторът отговаря еднозначно и на въпроса защо психиатричните пациенти се нуждаят от социална рехабилитация – защото на тях им липсват социални умения. Причините за това могат да бъдат няколко. На първо място лицата с психични разстройства може въобще никога да не са се научили да изразяват емоциите си, особено ако са отключили психичното си разстройство в по-ранна възраст или въобще не са имали възможността да наблюдават адекватен ролеви модел (например, в семействата, при които психичните разстройства са потомствени поколения назад). Самото боледуване също води до загуба на социална компетентност, която може да бъде много по-тежка и по-инвалидираща от симптоматиката и когнитивния дефицит на същинското заболяване. Животът в стресова среда също води до обедняване на социалната компетентност. Множеството житейски несгоди и травматични събития могат да влошат когнитивната преработка, да предизвикат тревожност и депресия, които от своя страна пречат на „спонтанността в социални ситуации“ (пак там, с. 24).

В своя студия Н. Колева разглежда рехабилитацията като „самостоятелен раздел от медицинската наука“ и заедно с профилактиката и терапията се счита „като третата фаза на здравеопазния процес“. За първи път това понятие е въведено от Busque и Torro още

през 1865 година в Мадрид. От тогава до сега, в различните държави и през различните периоди съществуват множество дефиниции за рехабилитацията (пак там, с. 88). За българския законодател, рехабилитацията е „последователен и непрекъснат възстановителен процес, който подпомага човека с увреждане да достигне оптимално физическо, интелектуално, психическо и социално равнище на дейност, като му се осигуряват възможности за промяна на живота към по-висока степен на независимост” (ЗХУ, Обн., ДВ, бр. 105 от 18.12.2018 г.).

„Целта на психосоциалната рехабилитация е индивидът да бъде подпомогнат да функционира, въпреки увреждането или затруднението, да компенсира или да преодолее напълно дефицитите и ограниченията при социалното функциониране, да възстанови независимостта си, да се ресоциализира, да постигне контрол върху собствения си живот” (Милушева, Т., 2017, с. 28). „Целта на психосоциалната рехабилитация е индивида да бъде подпомогнат да функционира въпреки увреждането или затруднението, да компенсира или да преодолее напълно дефицитите и ограниченията при социалното функциониране, да възстанови независимостта си, да се ресоциализира, да постигне контрол върху собствения си живот” (пак там).

Психосоциалната рехабилитация и ресоциализация са насочени към отхвърлени и маргинализирани (поради една или друга причина) членове на нашето общество. Друго определение (дефинира социалната рехабилитация като „комплекс от мероприятия по оптимизиране и преобразяване живота на хронично болния инвалидизиран човек за постигане на максимална пълноценност жизненост и удовлетвореност чрез рационално трудоустройство, професионално обучение и преквалификация“ (Ачкова, М., 2001, с. 182). Целта на психосоциалната рехабилитация е подобряване качеството на живот на хората, страдащи от последствията на психични разстройства, и ресоциализиране в социалното им обкръжение (Сапунджиев, С., 2017, с.105).

Н. А. Перинская определя *ресоциализацията* като процес на усвояване от индивида на социални норми и културни ценности, неувоени или недостатъчно усвоени преди или повторното им обновление за доразвитие. Тя съдържа в себе си знания, умения, ценности и норми за нормалното функциониране на индивида в обществото, които трябва да бъдат усвоени. Ресоциализацията се извършва основно чрез „интензивно взаимодействие“ на клиента със специалиста (Перинская, Н., 2005, с. 161). Иначе казано, „социалните умения са всички форми на поведение, които ни помагат да изразим емоциите и потребностите си и ни позволяват да постигнем интерперсоналните си цели”, преодоляване на комуникативните бариери и „постигане на личните цели чрез успешно междуличностно общуване”, а тренирането в социални умения е методът, чрез който лицата с психични разстройства могат да бъдат обучени в „успешно и удовлетворяващо социално функциониране, което ще подобри качеството им на живот” (по Деянова, Г., 2014, с. 25).

Психосоциалната рехабилитация също е част от дейностите по *промоция на психичното здраве*. Специализираните социални услуги в общността предлагат основно социална рехабилитация, както и подкрепа от клинични социални работници и психолози (социалните услуги от резидентен тип, като „защитено жилище” например, освен психосоциална рехабилитация предоставят и настаняване). Психосоциалната рехабилитация предлага за потребителите да достигнат своето „оптимално ниво на независимо функциониране в общността” (Станчева-Попкостадинова, В. и др., 2011, с. 18). Основните цели на психосоциалната рехабилитация са „редуциране на психопатологичната симптоматика”, благодарение на адекватна компилация от

лекарствени медикаменти и адаптирани рехабилитационни дейности, овластяване на потребителите, осъществяване на антистигма кампании, идентифициране и използване на ресурси в полза на клиента, работа със семейството му и обкръжаващата го среда. Сферите на работа в полето на психосоциалната рехабилитация са „аспектите от живота на клиента” – взаимоотношения, работа, семейство, образование, личностно развитие, социален статус, активност, придобиване на умения (Милушева, Т., 2018, с. 45).

I.6. Социално включване и промоция на психичното здраве

Психичното здраве се дефинира като *състояние на благополучие, при което индивидът „реализира своите възможности, справя се с нормалните стресове в живота, в състояние е да работи продуктивно и е способен да даде своя принос за общността”* (Станчева-Попкостадинова, В. и др., 2011, с. 7). Практическите професионални компетентности на клиничния социален работник, които целят повишаване на психичното здраве са работа по подхода „промоция на здравето”, превенция (профилактика) на болестите и инвалидността, лечение и рехабилитация на заболялите (пак там, с. 7-8).

Едно от множеството определения, което ще бъде използвано като основно в настоящия труд гласи, че промоция на здравето е не само подход, но и *„процес, при който се дава възможност на хората да увеличат контрола и да подобрят здравето си”*, т. е. *„всяко действие, предприето за подобряване до възможно най-голяма степен на психичното здраве и благополучие на индивидите и популациите”*. На базата на дефиницията за промоция на здравето, в частност е изведено определение за психичното здраве – *„повишаване капацитета на индивиди, семейства, групи или общества за засилване или подкрепяне на позитивния емоционален или когнитивен опит и редуциране на психиатричната заболеваемост”* (пак там, с. 8). Подходът промоция на здравето е всеобхватен по своята дейност, а и по формиращите се резултати в три области – *здравни, социални и икономически сфери* на битието. На практика, целящите се резултати от тези три области са следните: *„намаляване на случаите и разпространението на психичните разстройства, подобряване качеството на живот, подобряване физическото и психическото здраве на майките, децата и специфични популации, както и развитие на личностни качества за по-добро справяне със средовите предизвикателства и повишаване на персоналната ефективност”* (пак там). Най-популярната дефиниция за промоция на здравето е заложената през 1986 година в Хартата от Отава, а именно: *„процес, който прави възможно хората да повишат контрола над тяхното здраве, както и неговото подобряване и заздравяване”* (Ивков, Б., Промоция на здравето – основни понятия и дефиниции).

Подходът промоция на здравето е тясно свързан, както с психопрофилактиката, така и с психосоциалната рехабилитация, т. е. той е в основата на всички етапи от превенцията и лечението на психични разстройства. Психопрофилактиката е *„дял от психохигиената, в който се разглеждат главно предотвратяване на разстройства в психичното развитие и предпазване от психични или душевни заболявания”* (Десев, Л., 2008, с. 414).

I.7. Превенция на стигма и дискриминация при хората с психични разстройства

От гледна точка на превенция на негативните явления, според Jonathan Kenneth Burns, дискриминацията и стигмата могат да бъдат лесно преодолени, чрез добре организирани адвокатски инициативи, които да защитават законовите човешки права на стигматизираните групи. Необходими са още законодателни реформи, както и организиране на обществени и институционални информационни кампании и програми, с цел пълноценно прилагане на законодателството на национално и местно равнище, за да се премахнат всички бариери затрудняващи достъпа, за да се изкорени стигмата и за да се гарантира пълноценното участие на хората с психични разстройства в обществения живот (Burns, J. K., 2009). В следващите абзаци ще се фокусираме върху това какво всъщност представляват тези явления.

I.7.1. Превенция на стигма

Едно по-общо определение гласи, че *стигмата се отнася до нагласи и вярвания, които карат хората да отхвърлят, да избягват или да се страхуват от тези, които възприемат като различни* (Disability Rights California, Definitions of Stigma and Discrimination, Mental Health Service Act 63, 2016). В този документ авторите диференцират три основни вида стигма: „обществена стигма”, „автостигма” и „институционална стигма”. „Обществената стигма” се отнася до нагласите и вярванията на широката общественост към хората с психични разстройства или към членовете на техните семейства. Например, широко обществено схващане е, че хората с психиатрични диагнози са насилници и опасни. „Институционалната стигма” се отнася до политиката на обществените организации и културата на „общоприетите” негативни нагласи и вярвания. Например, стигмата често се отразява в използването на клинични термини, като например „шизофреник”. За предпочитане е да се използва уважително отношение към пациента, като например „лице, страдащо от шизофрения”. „Автостигмата” възниква, когато даден субект е вече интериоризирал, приел и живее съобразно погрешните схващания на обществото за „психично болните”. Чрез интернализиране на негативните вярвания, индивидът или групата може да изпитват чувство на срам, гняв, безнадеждност или отчаяние, които ги обезсърчават да търсят социални услуги, заетост, медицинско лечение или дори се изолират и избягват възможностите за създаване и поддържане на социални контакти (пак там).

Световната здравна организация и Световната психиатрична организация се обединяват около следното легално определение за стигма: „тя произтича от процес, при който определени лица и групи са неоснователно определени като срамни, вследствие на което са изключени и дискриминирани” (WHO-WPA, 2002). Основното в определението е, че *стигмата поражда дискриминация, инвалидизиране, страдание и бедност* (Corrigan & Watson, 2002). Д. Градев дефинира стигмата при лицата с психични разстройства като „признак или социален атрибут, който дотолкова обезценява социалната идентичност на човека, че го дисквалифицира за възприемане от страна на обществото” (Градев, Д, 2010, с. 226). Всички автори са на мнението, че стигмата не е еднократно проявяващо се или изолирано явление. Тоест, тя е не само еднократна негативна оценка, а „*персистиращ процес на трайно негативно отношение*” (Кожухаров, Х. и др., 2015) и именно това разбиране е в основата на при работа по превенция на социалното изключване при целевата група.

I.7.2. Превенция на дискриминация

Дискриминацията произтича от стигмата, когато е основана на принадлежност или възприемане на субекта като принадлежащ към определена група (Letamo, 2005). Именно връзката между тези две негативни явления е част от дейностите по превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства, чрез преодоляването им. Именно *дискриминацията е резултат, представляващ крайна форма на социално изключване*. В сравнение със стигмата, дискриминацията може да бъде по-често срещана, тъй като тя включва множество обществени ограничения (Busza, 1999).

Дискриминацията бива диференцирана на две основни форми – *пряка и непряка*. „Пряка дискриминация е поставяне на лице на основата на увреждане в по-неблагоприятно положение в сравнение с друго лице, което е било, е или би могло да бъде поставено в сравними сходни обстоятелства” (ЗХУ, Обн., ДВ, бр. 105 от 18.12.2018 г.). При нея „едно лице е или би било третирано по-малко благоприятно от друго, в сравнима ситуация” (Деливерска, М., 2014, с. 10). От тук следва изводът, че стигмата е форма на дискриминация.

I.8. Ролята на клиничния социален работник в екипа за превенция на социалното изключване и при социална работа в група от хора с психични разстройства

В. Боянова обобщава ролите на общопрактикуващия социален работник, които от своя страна са идентични с тези на клиничния социален работник. Спрямо клиентите си, той има ангажимента да бъде „консултант”, „посредник за получаване на социални услуги”, „посредник за получаване на социални помощи”, „защитник”, „активист”, „посредник в общуването”, „пълномоцник”, „обучител”, „инициатор”, „координатор”, „изследовател”, „организатор на работа с групи”, „публичен говорител” и „катализатор на микросоциалната промяна” (Боянова, В., 2018, с. 28-29).

Според К. Петрова *груповата работа може да се определи като „активна методика на взаимодействие и взаимоотношение на индивиди, включени в група, които имат общи и дори в някои случаи различни, но сходни за групата цели, интереси, потребности, проблеми”* (Петрова, К., 2007, с. 7). М. Хардфорд определя групата в социалната работа като „най-малко двама (но обикновено повече) човека, обединени от общи цели или сходни интереси в областта на познавателния, емоционалния или социалния взаимен обмен в хода на една или много срещи, достатъчни за това у тях да се оформи впечатление един за друг” (по Механджийска, Г., Рангелова, Е., 2009, с. 94).

„Групата не е механичен сбор от своите членове, а динамична система, повлияваща се от действията на всеки отделен член” (Цветанска, С., 2018, с. 83). Чрез включването си в груповата работа, клиентите винаги имат възможност да се „изявят”, „да опознаят себе си” и да „придобият социален опит” (пак там, с. 81). Интергруповите интеракции винаги пораждаат междуличностно взаимодействие, което може успешно да бъде използвано от водещия клиничен социален работник целенасочено за „стимулиране на личностна и поведенческа промяна” (пак там).

Неизменно в груповата работа с клиенти рефлектират и техните взаимоотношения с личните им социални среди. Отношенията, мненията, представите, насоките от обкръжението на клиента към самия него неизменно влияят върху груповата работа и върху останалите участници. Основните равнища на социалната структура, която

изгражда социалната среда на конкретния клиент са две. Първото е *макроравнище*. При него се изучават „социалните отношения от гледна точка на обществото като цяло”. Второто *микроравнището* е „анализиращо обществените отношения от гледна точка на отделния индивид” (Тепавичаров, И., 1999, с. 103-104).

Груповата динамика притежава два основни теоретични аспекта – *структурен* и *динамичен*. При първия се наблюдават „по-елементарни взаимоотношения между различните елементи: съседство, достъпност отвън, централни и периферни позиции, и др.”. При втория аспект – динамичният, се регистрират по-комплексни взаимодействия между елементите – „енергия, поле, валентност, сили на привличане и отблъскване, напрежения, конфликти и др.” (Стракова, Л., 2001, с. 71).

В първа глава от настоящия дисертационен труд стана ясно, че у нас не съществува специализиран научен теоретичен обзор, свързан с превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства. Може да бъде направен извод, че наличните трудове за социалното включване, дискриминацията и стигмата са посветени като цяло на всички маргинализирани групи, но не в частност на групата от хора с психични разстройства.

II. ГЛАВА ВТОРА: МОДЕЛИ И ПОДХОДИ ЗА ПСИХОСОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЛИЦА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

Особено място във втора глава е отделено на преглед и анализ на различни модели и подходи за психосоциална рехабилитация при хората с психични разстройства.

II.1. Модел на психосоциална рехабилитация „Clubhouse”

Клубните къщи по Модел на психосоциална рехабилитация „Clubhouse” са създадени за подкрепа на хора с психични разстройства. По време на участието си в дейности по Модела, „членовете” (клиентите) получават перспектива за социално включване в основните социални сфери, като тези на приятелите, семейството, заетостта и образованието, както и до услугите и подкрепата, от които може да се нуждаят поотделно, за да продължат социалното си включване. Моделът осигурява психосоциална рехабилитация за хора, чийто живот е бил тежко нарушен поради психичното им разстройство и които се нуждаят от подкрепата на другите „членове” и на професионалистите (Clubhouse International, 2019).

II.2. Петкомпонентен модел за възстановяване на личността

В своя монография, Т. Милушева представя модел с пет компонента на възстановяването на личността:

- „Провеждане на *психосоциална рехабилитация*, включително професионална помощ, предоставена в разнообразни клинични сетинги и социални услуги,
- Подпомагане на усещането за *свързаност* у личността и подобряване на партньорските взаимоотношения между клиент и социален работник, както и между клиента и значимите за него социални системи,
- *Овластяване* на клиента,
- Работа с личните нагласи и *житейски опит* на клиента,
- Насърчаване и засилване на чувството за *надежда и вяра* в клиента” (Милушева, Т., 2018, с. 23).

II.3. Практико-приложен модел на психосоциалната подкрепа – CALMER

Х. Илиева описва създаден през 2008 г. във Великобритания практико-приложен модел на психосоциалната подкрепа – CALMER. Този модел е приет като „рамка” на методика за справяне чрез социална работа с група за удовлетворяване на множеството психосоциални потребности на личностите и обществата, преживели кризисни събития. „Акцентира се върху това, че справянето и резилианса трябва да бъдат насърчавани на индивидуално, семейно и обществено ниво, чрез предоставянето на информация, подпомагането на социалната подкрепа и насърчаването на индивидуалните и социалните полезни действия” (Илиева, Х., 2018, с. 49). „CALMER е акроним, създаден да отбележи шестте последователни фази на всеки отговор: *обмислям* (Consider), *приемам* (Acknowledge), *слушам* (Listen), *управлявам* (Manage), *давам възможност* (Enable) и *намирам начин* (Resource)” (пак там).

II.4. Системно-интегративен модел

Подходящ модел за осъществяване на социално включване е и изведеният от Р. Бостанджиев системно-интегративен модел в социалната работа. Той е построен върху основите на *психотерапията*. Но не на психотерапия в рамките на ограниченията на дадена школа, а на консултиране, извършвано от социалния работник, базирано на персонални методи и техники, избрани от множество терапевтични школи, които прилага конкретният професионалист в работата си със своите клиенти (Бостанджиев, Р., 2010, с. 191).

II.5. Модел за социално включване чрез развитие на социално предприемачество

В. Ганева описва модел за социално включване чрез развитие на социалното предприемачество. Най-общо казано това е бизнес модел, ориентиран не само към финансова печалба, но и към социална *отговорност към уязвимите социални групи*. Социалното предприемачество не е бизнес, който отделя определена част от печалбата си за благотворителност, а има за основна главно социална цел. Тоест, социалното предприемачество е пресечна точка между „благотворителността” и „традиционното предприемачество”.

Подкрепата, която социалното предприемачество предоставя е под формата на:

- „осигуряване на *заетост* на членове на уязвими групи;
- предоставяне на услуги на *пазарен принцип*, пряко предназначени за задоволяване нуждите на уязвимите групи;
- генериране на *приходи* от стопанската дейност, които се реинвестират в разширяване на подкрепата за уязвимата група;
- *съчетаване* и на трите подхода, което в случая със социалните предприятия на нестопанските организации, е най-често използваният подход” (по Ганева, В., 2016, с. 177).

II.6. Модел на психосоциална рехабилитация по Р. Либерман

Моделът на психосоциална рехабилитация чрез клинична социална работа в група по Р. Либрман съдържа две части – структурирани и неструктурирани групови програми. *Структурираните* програми са по методика на автора и включват групи за социални умения, обучение в лекарствена терапия и симптоми на психичните разстройства, намиране и задържане на работа (Либерман, Р. и кол., 1999, 84–85). *Неструктурираните* групи са с развлекателна насоченост, като при тях водеща роля имат желанията и предпочитанията на самите клиенти, „те са лесни за изпълнение и акцентират върху действието и практикуването на различни умения, а не върху съдържанието на самата задача” (Цветанска, С., 2001, с. 74).

II.7. Шахматен модел

Шах-терапията се стреми да използва шахматните партии между терапевта и клиента, за да формира по-добро взаимодействие между тях, за потвърждаваща или алтернативна диагностика и за постигане на *основната цел – решаване на проблеми или*

постигане на по-високи нива на функциониране. Подходът не се ограничава само до клиенти и терапевти, които играят шах и са запознати с правилата и особеностите на играта, множество изследователи от различни научни направления са включили шахматната игра в сесиите си за диагностика на личността на клиента, за развитието му, за стимулиране когнитивната преработка и усъвършенстване на социалните умения (Chess Therapy for Mental Health, 2014).

II.8. Модел „РАСТ”

Моделът Program of Assertive Community Treatment – РАСТ (*Програма за асертивно лечение в общността*) е свързан с трениране на житейски умения. Той е разработен в началото на 70-те години на миналия век от Arnold Marx, Leonard Stein и Mary Ann Test. Екипът предоставя групова психосоциална рехабилитация в психиатрична болница в Квебек. Те установяват, че пациентите им постоянно се връщат в лечебното заведение и то не след дълго след изписването им. Затова екипът решава, че пълният набор от психосоциални услуги, които предоставя в болнична среда, трябва да бъде осигуряван на пациентите и след като бъдат изписани от психиатричната болница. Те извеждат идентични проблеми между всички хора с психични разстройства. След това създават Модел РАСТ, който е отговор на вече дефинираните проблеми (Test, M. A., 1998, 121-123).

II.9. Модел на социални услуги, управлявани от потребители

Тези социални услуги надхвърлят групите за самопомощ и подкрепа, като включват центрове за срещи, управлявани от държавата (също като дроп-ин-центровете в САЩ), програми за социални, образователни и развлекателни дейности, юридически консултации, застъпничество, *специализирани интервенции в дома на клиента*. Въпреки че потребителите вършат работата на доброволни начала, тези програми все повече получават финансиране от държавата. В САЩ по Програма за подпомагане на общността към Националния институт за психично здраве, са финансирани 13 пилотни проекта, управлявани от потребители, за тригодишен период. Това са били проекти, свързани със създаване на социални жилища и програми за споделяне на жилища, програми за подпомагане на бездомни хора и програми, предоставящи ресурси за обезпечаване на прехода при изписване от психиатрична болница към живот в общността (пак там, 136-139).

II.10. Концептуална рамка на възстановяването на личността в процеса на психосоциална рехабилитация

Т. Милушева предоставя обобщен модел на психосоциална рехабилитация според Националния департамент за психично здраве на САЩ, в контекста на възстановяването. От своя страна, възстановяването представлява *„процес на трансформиране и овластяване на индивиди с психично разстройство или поведенческа дисфункция, при който се постига пълноценен живот в общността и се реализира пълният потенциал на личността”* (Милушева, Т., 2017, с. 28-29). Основните принципни положения на настоящия модел на възстановяване са следните: „възстановяването е личностно-

центриран и специфичен за всеки индивид процес”; „овластяване – от решения към действие”; „възстановяването е холистичен процес”; „възстановяването не е линеен процес”; „възстановяването се базира на силните страни, потенциал и ресурси на клиента”; „социалната подкрепа подпомага възстановяването”; „възстановяването включва самоуважение и приемане на собствената личност”; „възстановяването включва признаването и поемането на лична отговорност”; „надеждата подпомага възстановяването – възстановяването засилва надеждата” (пак там, с. 23-46).

II.11. Подпомагане на заетостта при хората с психични разстройства

У нас бе осъществен Проект „Шанс за по-добра възможност”. Той предостави модел за психосоциална рехабилитация на хора с психични разстройства, чрез подпомагане на заетостта – т. нар. „*подкрепена заетост*”. Какво всъщност означава терминологичното съчетание „подкрепена заетост”. В горесцитирания проект са предоставени две основни определения:

- „Целта на подкрепената заетост е да помогне на хората със сериозни психични разстройства да намерят и задържат работа на интегративния пазар на труда. Подкрепена заетост улеснява процеса на възстановяване, като подкрепя клиентите в техните усилия да продължат живота си отвъд болестта”,
- „Подкрепена заетост е „оказване на подкрепа и помощ на хората с увреждания или други групи в неравностойно положение да получат и запазят платената си работа на отворения пазар на труда” (Проект „Шанс за по-добра възможност”, 2013).

Заедно с насочения към настоящата целева група теоретичен обзор от първа глава, анализът на моделите за психосоциална рехабилитация от втора глава, осъществиха опит за теоретизиране и диференциране на понятията и съдържателните им характеристики, в частност и конкретно съобразно специфичните характеристики и потребности на целевата група от хора с психични разстройства.

III. ГЛАВА ТРЕТА: ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

III.1. Дизайн на емпиричното изследване

Обект: Страдащите от психични разстройства, бенефициенти на следните социални/здравни услуги: дневен център, дневен стационар, болнична психиатрична грижа, 2 броя центрове за социална рехабилитация и интеграция и 2 броя защитени жилища (дневен център за възрастни с психични увреждания и защитено жилище за възрастни с психични увреждания (гр. София, ул. „Роглец“ № 17), център за социална рехабилитация и интеграция за възрастни с психични увреждания (гр. София, ул. „Димитър Хаджикоцев“ № 20), център за социална рехабилитация и интеграция и защитено жилище (гр. Пазарджик, ул. „Д-р Лонг“ № 12), Дневен стационар (гр. София, ул. „Екзарх Йосиф“ № 59) и болнична психиатрична грижа в Център за психично здраве София – ЕООД (гр. София, бул. „Сливница“ № 309).

Извадка: хора с психични разстройства (90 души), експерти (социални работници, психолози, психиатри, медицински сестри, психотерапевти, преподаватели – 32 души), експерти-оценители на модела – 10 специалисти.

Задачи:

1. Да се разработи въпросник, съдържащ стандартизирани инструменти и авторски методики за изследване на проблемите пред социалното включване при хората с психични разстройства, както и техните потребности.
2. Да се подготви структурирано интервю, предназначено за оценка на социалното включване на хората с психични разстройства, предназначено за работещи с тях професионалисти.
3. Да се изгради практически осъществим у нас Модел за превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства, чрез клинична социална работа в група.
4. Да се конструира, приложи и анализира втори набор от инструменти за оценка на промяна в състоянието на социално включване при експерименталната извадка, след проведената груповата работа.
5. Да се осъществи експертна оценка на подготовения Модел.

Хипотеза: допускаме, че разработването на научно обоснован модел за превенция на социалното изключване и психосоциална рехабилитация при хора с психични разстройства чрез груповата клинична социална работа, би повишило техните социални и битови умения, здравни и интерперсонални компетентности, вследствие на което ще се подобрят трайно социалните им взаимоотношения с другите, ще се осъществи превенция на социалното изключване и ще се повиши нивото на социално включване.

Резултатите от емпиричното изследване ще покажат, че хората с психични разстройства срещат проблеми в интеракциите си в следните социални среди: роднинска, приятелска и съседска.

Методи на изследване на емпирично ниво: анкета, интервю, експертна оценка, моделиране, експеримент (групова работа по изготвения интегративен практико-приложен модел), анализ, обобщение.

Инструменти: въпросници, стандартизирани методики за степен на стигматизиране и дискриминиране, социална подкрепа и личностови характеристики, експертна оценка, стандартизирано интервю.

III.2. Първи етап на изследване – анализ и оценка на състоянието на социално включване

Обект на настоящето емпирично изследване бяха 90 лица с психични разстройства, в пълна, частична или относителна ремисия. Изследвани са три групи лица от гр. София, клиенти на социални и здравни услуги, или общо 50 човека – 20 потребители на здравната услуга „дневен стационар”, 12 клиенти на социалната услуга „център за социална рехабилитация и интеграция на лица с психични разстройства”, 10 клиенти социалната услуга „дневен център за възрастни с психични увреждания”, 4 потребители на социалната услуга „защитено жилище за възрастни с психични увреждания” и още 4 ползватели на мобилна клинична социална работа. Другите две изследвани групи също са потребители на социални и здравни услуги – 20 изследвани лица от гр. Пазарджик, клиенти на социалните услуги „център за социална рехабилитация и интеграция на лица с психични разстройства” и „защитено жилище за лица с психични разстройства” и 20 изследвани лица, жители на малки населени места в Софийска област, пациенти на болнична психиатрична грижа, които са обект само на медикаментозно лечение (без да биват включвани в психосоциални терапевтични и рехабилитационни програми).

III.3. Операционализация на променливите

Категориите, които бяха изведени като основа на този етап от емпиричната част на настоящето изследване, са тясно обвързани и базирани на всички вече предварително разгледани теоретични източници. В *Таблица № 1* са представени самите категории (първа графа). До тях във втората графа са изведени отделните променливи, които пряко кореспондират със създадените въпроси или използваните стандартизирани методики за оценка на определени личностови качества, състояния и очаквания, а в последната графа са представени самите стандартизирани или адаптирани методики.

Табл. 1: Категории, променливи и използван инструментариум във Въпросник № 1.

Категории	Променливи	Инструментарниум
Социална подкрепа	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Подкрепа от семейство, ➤ Подкрепа от приятели, ➤ Подкрепа от значими други. 	„Многомерна скала за възприятие на социалната подкрепа – MSPSS”
Дискриминиране и стигматизиране	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Проявяване на лошо отношение от другите, поради наличие на психично-здравен проблем, ➤ Самостоятелно поставяне на бариери в поведението си, поради 	Скала за дискриминация и стигма –

	<p>наличие на психичноздравен проблем.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Начини за самостоятелно преодоляване на стигма и дискриминация, ➤ Проявяване на по-позитивно отношение от другите. 	DISC-12
Профилиране на тип личност	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Скала на хипохондрия, ➤ Скала на депресия, ➤ Скала на хистерия, ➤ Скала на психопатия, ➤ Скала на параноя, ➤ Скала на психостения, ➤ Скала на шизоидия, ➤ Скала на хипомания, ➤ Скала на лъжата, ➤ Скала на достоверността, ➤ Скала на корекцията. 	Много-факторен личностен въпросник „Mini-Mult”
Статут на дееспособност	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Дали изследваното лице е поставено под пълно или частично запрещение 	
Социално обкръжение	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Брой на приятелите в използваната социална или здравна услуга, ➤ Брой на приятелите извън използваната социална или здравна услуга. 	
Материално благосъстояние	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Самооценка на личното актуално материално благосъстояние, ➤ Самооценка на желано материално благосъстояние. 	
Професионална квалификация	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Размер на трудов стаж, ➤ Упражнявана професия. 	
Опит в помагането	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Актуален статус на клиент на социална или здравна услуга. 	
Демографски характеристики	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Разпределение на извадката по пол, ➤ Разпределение на извадката по възрастова категория, ➤ Разпределение на извадката по семеен статус, ➤ Разпределение на извадката по придобит образователен ценз, ➤ Разпределение на извадката по актуална заетост. 	

III.4. Описание на инструментариума

Първият използван стандартизиран инструмент в настоящето емпирично изследване е „Многомерна скала за възприятие на социалната подкрепа – MSPSS” на D. Zimet. Авторът изгражда скалата като психометричен инструмент с добра надеждност, адекватна, факторна и конструктивна валидност, лесна за употреба. Самата скала представлява „кратко, измеримо изявление, оценяващо субективното възприятие за социална подкрепа с 12-балов рейтинг”. Инструментът е адаптиран за изследване на лица от всички възрасти. Скалата оценява ефективността и адекватността на социалната подкрепа в три аспекта – „семейство”, „приятели” и „значими други”. Социалната подкрепа от семейството е представена в айтеми № 3, 4, 8, 11. Социалната подкрепа от приятелите е в твърдения № 6, 7, 9, 12. Социалната подкрепа от значимите други е в останалите твърдения № 1, 2, 5, 10. Само положителните отговори на всяко едно от дванадесетте твърдения се оценяват с по една точка (Zimet, D., 1988).

Следващият използван инструмент е авторска модификация на Скала за дискриминация и стигма – DISC-12. Налице са дискриминация и стигма, когато хората се третират несправедливо, защото те се разглеждат като по-различни от другите. Настоящата методика изследва доколко респондентите са засегнати от дискриминационно и стигматизиращо отношение, заради техен психичноздравен проблем. Айтемите са диференцирани на четири глави, като всеки въпрос цели изследване на субекта за това как е реагирал, постъпил и как е бил третиран в различни ситуации:

- Първата е посветена на моментите, в които другите са проявявали лошо отношение, поради наличие на психичноздравен проблем,
- Втората се интересува от моментите, в които лицето с психично разстройство само си е поставяло бариери в поведението си, заради това как другите ще реагират на психичноздравните му проблеми,
- В третата част, изследваното лице е попитано как преодолява стигмата и дискриминацията, приложени спрямо него поради менталните му проблеми,
- В четвъртата последна глава, субектът трябва да опише случаите, в които отношението към него е било по-позитивно, поради наличието на психично разстройство.

Изследваното лице може да избира от четири възможни отговора на всеки един от 34-те. въпроса: „въобще не”, „рядко”, „умерено” и „често” (DISC-12, 2009).

Следващата използвана стандартизирана методика е Многофакторен личностен въпросник Mini-Mult. Това е многофакторен въпросник, съдържащ 71 въпроса, чрез които се очертава профил на типа личност според съдържанието на осем отделни скали – хипохондрия, депресия, хистерия, психопатия, параноя, психостения, шизоидия, хипомания. Освен основните скали, към теста има още приложени още три допълнителни скали – на лъжата (L), на достоверността (F) и корекционна (K). всяко едно от изследваните лица работи индивидуално, като следва да прочете твърденията в определената последователност и да поставя знака „x” или „√” в една от колонките срещу всяко твърдение Количествените оценки се разпределят по скали. Сумирането на баловете става според „ключа” – всички отговори, съответстващи на ключа, получават по 1 точка, а отговорите в колонка „?” — 0,5 точки. Количественият резултат е представен в настоящия дисертационен труд по брой точки за всяко едно от изследваните лица, изчислен по стандартния коефициент на всяка от скалите (Карелин, А., с. 76-80).

III.5. Представяне и анализ на резултати от емпирично изследване на социалното включване на хора с психични разстройства

Участие в настоящето емпирично изследване взеха 90 лица, потребители на социални и здравни услуги за психично здраве – 44 жени, 43 мъже и още 3 лица, недеклариращи полова принадлежност. Възрастовият диапазон на извадката е от 28 до 67 годишна възраст. Респондентите са диференцирани в пет различни групи, наименувани по-долу. Изследвани са три групи лица от София, клиенти на социални и здравни услуги, или общо 50 човека – 20 потребители на здравната услуга „дневен стационар”, 12 клиенти на социалната услуга „център за социална рехабилитация и интеграция на лица с психични разстройства”, 10 клиенти социалната услуга „дневен център за възрастни с психични увреждания”, 4 потребители на социалната услуга „защитено жилище за възрастни с психични увреждания” и още 4 ползватели на мобилна клинична социална работа. Другите две изследвани групи също са потребители на социални и здравни услуги – 20 изследвани лица от гр. Пазарджик, клиенти на социалните услуги „център за социална рехабилитация и интеграция на лица с психични разстройства” и „защитено жилище за лица с психични разстройства” и 20 изследвани лица, жители на малки населени места в Софийска област, пациенти на болнична психиатрична грижа.

Предварително следва да бъде направено уточнението, че във всички таблични варианти, изследваните групи лица ще бъдат маркирани със съответен номер, както следва:

Група 1 – 20 изследвани лица от Софийски център за психично здраве

Група 2 – 20 изследвани лица от Център за психично здраве на София-област

Група 3 – 20 изследвани лица от Център за социална рехабилитация и интеграция и защитено жилище в гр. Пазарджик

Група 4 – 12 изследвани лица от Център за социална рехабилитация и интеграция на лица с психични разстройства в гр. София

Група 5 – 18 изследвани лица от група, клиенти на социалните услуги Дневен център, Защитено жилище и клинична социална работа на терен за лица с психични разстройства в гр. София.

Получените и кодирани математико-статистически резултати от емпиричната част на настоящия дисертационен труд са обработени със софтуера за статистически анализи и дескриптивна статистика IBM SPSS Statistics 26. Измерени са абсолютни и средни стойности по всеки айтем, както и коефициент на корелация на Pearson, относно получени значими взаимовръзки. Получените данни от всички използвани методики са верифицирани чрез извеждането на коефициент на надеждност Алфа на Cronbach. Диапазонът на резултати, който определя висока надеждност и консистентност е в границите от 0 до 1, като резултат от над 0,60 се приема като достатъчно показателен за добра вътрешна съгласуваност на скалата.

Коефициентът на Pearson представя степен на корелация (R). Той е в границите от -1.0 до +1.0. Колкото по близка е стойността на R до -1 или до +1, толкова по-силно двете променливи са обвързани. Ако стойността на R е по-близо до нула, това означава, че няма връзка между двете променливи.

III.5.1. Представяне и анализ на категорията „Социална подкрепа”

Представените резултати от Многомерна скала за възприятие на социална подкрепа MSPSS при потребители на здравната услуга „дневен стационар”. Относителни стойности на числовите резултати са близки. Най-ниският резултат е при скалата „подкрепа от приятелите” – 2,15, следван от 2,2 по скалата „подкрепа от семейство”, а с най-висок резултат респондентите определят подкрепата от „значимите други”.

Обобщените стойности са по-ниски от средните за скалата. Това означава, че подкрепата към изследваните лица не е голяма, независимо от коя дименсия идва. Поради симптоматика и поведенчески специфики, съжителството с лица с психично разстройство, наистина изисква не само търпение, но и положителна целенасоченост в интеракциите, старание за разбиране и приемане на личността и проявленията на хроничното психично разстройство.

Относителните средни стойности при пациентите на болнична психиатрична грижа от малки населени места в софийска област и по трите скали са по-високи в сравнение с потребителите на дневен стационар, но са по-ниски от тези на ползващите социални услуги. 3 по скалата „подкрепа от семейството, срещу 2,2 при изследвана група № 1 и 3,8 при изследвана група № 3. По скалата „подкрепа от приятелите” тук резултатът е 2,5 или с 0,35 по-висок от потребителите на дневен стационар, но с 1,2 по-нисък от потребителите на центъра за социална рехабилитация и интеграция в гр. Пазарджик. По последната скала („подкрепа от значимите други”), пациентите от психиатрична грижа декларират най-висока подкрепа от 2,7, с 0,2 по-висока от тази на потребителите на дневен стационар, но с

повече от една единица по-ниска от клиентите на дневен център (3,86). Липсата на психосоциална рехабилитация и целенасочена работа за формиране на социални умения, може да обоснове този резултат.

Резултатите по трите категории от Многомерна скала за възприятие на социална подкрепа MSPSS при потребители на Център за социална рехабилитация и интеграция и защитено жилище в гр. Пазарджик притежават среден брой точки по скалата „подкрепа от семейството” 2,9, по скалата „подкрепа от приятели” 3,4 и по скалата „подкрепа от значимите други” 3,15. В сравнение с резултатите от същия тип социална услуга в гр. Пазарджик, софийските потребители получават по-голяма подкрепа от приятелите си (3,8 срещу 2,9), но по-малка подкрепа от роднинския кръг, съответно 2,5 при потребителите в гр. София, срещу 3,4 при тези от гр. Пазарджик. Тенденцията се запазва и при скалата „подкрепа от значимите други”, при която столичните клиенти на център за социална интеграция и рехабилитация декларират средна стойност на подкрепата от три единици, а клиентите на същата услуга от гр. Пазарджик оценяват същото подпомагане с едва 0,15 единици повече.

Идентично при групата клиенти на социални услуги Дневен център, Защитено жилище и програма за клинична социална работа на терен за възрастни с психични разстройства в гр. София, както при изследваните лица от гр. Пазарджик, социалната подкрепа от семейството, в сравнение с останалите две скали е най-ниска – 3 единици, докато социалната подкрепа от „приятелите” и от „значимите други” я изпреварват с близък по между си резултат от съответно 3,67 и 3,72.

Валидността на цялата Многомерна скала за възприятие на социална подкрепа MSPSS бе изследвана със софтуера за статистически анализи IBM SPSS 26, като резултатът за Алфа на Cronbach е 0,77, при оригинална стойност за Скалата от 0,84. Това означава, че анализиранияте дотук резултати са валидни и надеждни.

III.5.2. Представяне и анализ на категорията „Дискриминиране и стигматизиране”

Следващият айтем от настоящето емпирично изследване е свързан с проучване на степента на стигматизиране и дискриминиране. За осъществяване на проучването бе приложена Скала за дискриминация и стигма DISC-12.

Първият въпрос се интересува дали с изследваните лица са се отнасяли по-несправедливо техни съседи. Числовите стойности на *отговорите на група две, четири и пет* са с еднаква стойност от втора степен. Тоест, съседите на лицата с психични разстройства по-скоро не се отнасят негативно към тях. Всички изследвани групи са лица, които получават медикаментозно лечение и психосоциална рехабилитация, благодарение на които поддържат болестта си в състояние на ремисия или поне на относителна ремисия, което е основна предпоставка за поддържане на добри взаимоотношения с всяка обкръжаваща среда. Групата на пациенти от *дневен стационар на софийски център за психично здраве*, които са обект не само на медикаментозно лечение, а и на психосоциални терапевтични услуги в рамките на дневния стационар, показват по-ниска средна стойност от 1,85. Най-високият резултат по айтема „отношение от съседите” (макар и с нищожна разлика) е при изследваната *група от гр. Пазарджик*.

Следващият айтем от скалата са неравно третиране на базата на психичноздравен признак е несправедливото отношение от страна на роднините. Получените средни

стойности са близки до резултатите от отношението на съседите към лицата с психични разстройства, но отношението на роднините е в по-ниска степен по-лошо.

Пациентите от изследвания *софийски дневен стационар* показват по-високи стойности на лошо третиране от роднините, спрямо съседите си, съответно 2,2 срещу 2,00. Следващата група с разлика от едва 0,05 пункта са потребителите на социалните услуги „*център за социална рехабилитация и интеграция*” и „*защитено жилище*” в гр. *Пазарджик*.

Пациентите на *център за психично здраве на софийска област* предоставят също близък резултат до втора степен (1,80), следвани от потребителите на социални услуги с психосоциална рехабилитация – 1,71 за групата клиенти от *дневен център и защитено жилище в гр. София*. Най-ниският резултат е при клиентите на *софийски център за социална рехабилитация и интеграция* – 1,67.

Третият айтем в скалата за несправедливо третиране е свързан с негативно отношение към хората с психични разстройства по време на получаване на тяхното образование. Стойностите отново са около степеня „по-скоро не”. Най-ниските стойности са при пациентите на *дневен стационар* (1,70) и групата клиенти на *дневен център и защитено жилище* (1,57). Точно във втората степен попада резултата на изследваната група потребители на *столичен център за социална рехабилитация и интеграция*, а потребителите на *същата социална услуга в гр. Пазарджик* са с резултат от 0,15 пункта повече. Резултатът за негативно отношение по време на придобиване на образование на групата пациенти на *областната психиатрична грижа* е 2,10.

Упражняването на труд и работния колектив са част от социалното включване. Затова следващият айтем от скалата е посветен на неблагоприятно третиране по отношение на психичноздравен признак. Като цяло, резултатите тук са в по-висока степен, което е породено най-вече от стигматизиращото отношение на потенциалните работодатели спрямо кандидатите за работа с ментални проблеми. Обект на „най-безпроблемно отношение” са били лицата, *пациенти на дневен стационар* (1,70), а на най-негативно отношение – групата клиенти на *дневен център и защитено жилище* (2,87). Втората изследвана група е с резултат от 2,20, следвана от третата група, с 0,1 пункта повече, а четвъртата група е с резултат от 2,50.

Следващият айтем от скалата е насочен към проучване на отношението на останалите пътници в обществения транспорт към лице с психичноздравни проблеми. Полето на обществения транспорт е от показателните белези за степеня на социална интеграция на всички членове на обществото ни. Групата пациенти на психиатрична грижа (*група №2*), отново демонстрира еднакви резултати с *Група № 5*, точно в степен две – „по-скоро не”. С 0,1 пункта е по-висок резултатът на пациентите от дневния стационар. Най-нисък резултат, точно на границата между двете степени, е на клиентите на *центъра за социална рехабилитация и интеграция в гр. София* (1,50), следвани от потребителите на *същата социална услуга в гр. Пазарджик* (1,70).

Следващите три айтема са свързани с проявяването на по-неблагоприятно отношение спрямо лицата с психични разстройства, от професионалистите, които са най-пряко ангажирани с оказването на подкрепа и лечение – лекари, социални работници и полицаи.

Освен с психиатри-специалисти, на лицата с психични разстройства им се налага и общуване с медицински специалисти от всички останали области. Психичното разстройство е типично хронично заболяване, което като всяко друго хронично

заболяване, изискващо медикаментозна терапия, предизвиква предпоставка или коморбидност на множество други соматични болести.

Сравнително най-положително мнение спрямо лекарите, в сравнение с останалите изследвани групи, проявява групата пациенти на *психиатрична болнична грижа*. Те имат най-много връзки с медицинските специалисти, тъй като лечебното заведение, в което са хоспитализирани няма възможност за предоставяне на психосоциална рехабилитация. С 0,1 пункта по-нисък е резултата на пациентите, които ползват комбинирана психиатрична и психосоциално рехабилитационна грижа, в рамките на дневния стационар. С много близък резултат от 2,17 са потребителите на социалната услуга *център за социална рехабилитация в гр. София*. Потребителите на същата услуга в *другия голям изследван град*, обаче, са с значимо по-нисък среден бал от 1,60. Това е обусловено най-вероятно от по-ниската натовареност на медицинските специалисти в града, в сравнение със столицата. *Петата* изследвана група е с резултат от 1,86.

Втората група помагачи професионалисти са социалните работници. Именно те са стожера и ключова част от мултидисциплинарния екип, ангажиран с превенцията на социалното изключване. Най-ниските резултати, приближаващи се до степента почти липса на негативно отношение, са предоставили двете групи клиенти на социалната услуга „*център за социална интеграция и рехабилитация*” – 1,4 за респондентите от гр. Пазарджик и 1,3 за респондентите от гр. София. Група № 5 (*потребители на три социални услуги*) са със следващия по-големина резултат от 1,8, а потребителите на *здравни услуги* са с близки резултати от 2 за втора група и 2,1 за първа група.

Последната трета група от професионалисти, пряко ангажирани с работа на терен с хора с психични разстройства са полицаите. Те отговарят най-вече за обществения ред и сигурност и са закрила за дискриминираните и стигматизирани общности като настоящата целева група. Друга основна роля, която имат полицаите при превенция на социалното изключване, е ролята им в осъществяване на принудителни хоспитализации. Те са основното звено, което оказва задържане и транспортиране при наличие на разпореждане за подобен вид хоспитализация. В този контекст резултатите от айтема са очаквани. Изследваните групи пациенти от *дневен стационар и областна психиатрична грижа* са с по-висок резултат от този на останалите три групи изследвани лица – съответно 2,05 и 2,2. Групите потребители на социални услуги в гр. София (*групи № 4 и №5*), са с най-ниски резултати, съответно от 1,30 и 1,42. С медианен за айтема среден резултат е изследваната група от *другия голям град* – 1,70.

Авторската модификация и адаптация на Скала за дискриминация и стигма DISC-12 е с доказан коефициент на надеждност, чрез извеждане на Алфа на Cronbach със стойност от 0,76, при оригинална за скалата от 0,78. Този почти идентичен резултат категорично доказва, че авторската адаптация на Скала за дискриминация и стигма DISC-12, свободно може да бъде използвана като валиден и надежден инструмент за измерване на степен на стигматизиране и дискриминиране.

За *всички групи* важи тенденцията, че се наблюдава по-несправедливото отношение от външните за семейството на субекта социални групи – несправедливото отношение поради наличие на психично разстройство е със забележителни стойности, както при съседите, така и по време на образованието – $R=0,51$. Получаваното от субекта негативно отношение по време на процеса на търсене на работа се отразява и на личните му взаимоотношения, като и в петте изследвани групи го довежда до доброволен отказ от инициране на интимна връзка – $R=0,58$.

По-несправедливото отношение към лицата с психични разстройства по време на използване на обществения транспорт, кореспондира със същото отношение, проявявано от служителите на реда ($R=0,57$) и поражда необходимостта от скриване наличието на заболяването ($R=0,51$). Спестяване на информация за заболяването се налага и при кандидатстване за работа ($R=0,52$). Досега тази тенденция при малко извадки беше описана с положителен знак, но е важно да се отбележи, че при всички изследвани групи по-благоприятното отношение от роднините, корелира с добро отношение от страна на социалните работници – $R=0,51$. По-справедливото отношение от социалните работници се свързва със същото отношение от страна на медицинските специалисти – $R=0,60$.

III.5.3. Представяне и анализ на категорията „Профилиране на тип личност”

В следващите страници ще бъдат представени резултатите на количествени данни и съответстващ им анализ, съобразно Многофакторен личностен въпросник Mini-Mult.

По скалата „Хипохондрия”, в първата група, изследваните лица с резултат под норма са 13, срещу едва 7 с много под нормата и нито един с по-високи стойности. При втора група 5 са под нормата, най-много – 11 са в норма, а 4 над нея. В третата група лицата с резултат под нормата са 12, а тези с по-задълбочен резултат много под норма са наполовина. В четвъртата група, хипохондричните типове личности под норма и много под норма са равен брой – по 6. Единствено в петата изследвана група (състояща се от компилация от три социални услуги) има лица с по-високи резултати – трима са много под нормата, най-големият резултат от 10 души под нормата, 4 са в норма, а един е дори над норма.

По скалата „Депресия”, в първата изследвана група, 6 лица са с резултат много под нормата, а 14 под норма. Нито един не е с по-висок резултат. При втората изследвана група тенденцията се запазва, като най-много лица (9 души) са много под нормата, следвани от 8 над норма, двама под норма и само един с резултат много над нормата. В изследваната група с потребители на социалните услуги „център за социална рехабилитация и интеграция” и „защитено жилище” от гр. Пазарджик, има изследвани лица, които попадат и в петте дименсии на скалата: 5 от лицата са много под нормата, следвани от 7 под норма, само 3 са в нормата, 4 над нея, а 1 е силно депресиран с резултат много над нормата. В същия център в гр. София, отново има едно лица с резултат много над нормата, докато останалите потребители на Услугата са под нормата – трима и много под нормата – останалите 8 потребители. В компилираната група от клиенти на три социални услуги, по скалата „депресия” 3 лица са под нормата, следвани от 9 в следваща дименсия, други 3 са в норма и още 3 над нея.

По скалата „Хистерия”, от първата група (потребители на дневен стационар) 12 души са много под нормата, наполовина са под нормата, а едва двама са в норма, като в останалите две дименсии не попада нито едно изследвано лица. Във втората група по равен брой от 7 изследвани лица попадат в дименсии под норма и много под норма, следвани от 2 лица в норма, 3 лица над нея и само един много над нормата. В третата група лица от гр. Пазарджик 9 са много под нормата, но за разлика от потребителите на дневен стационар в гр. София най-високият резултат не попада в тази дименсия, тъй като 10 лица са в следващата – под норма, а едва един много над нормата. В предпоследната изследвана група отново най-много са лицата с резултат под нормата – 6 от 12, следвани от 5 много под нормата и само един с резултат много над норма. В последната пета група

тенденцията се запазва, като 10 от 18 изследвани лица са с резултат под норма, следвани от 4 много под нормата и по две лица в дименсиите в норма и над норма.

По четвъртата скала „*Психопатия*”, в първата група, резултатът по дименсиите много под норма и под норма е равен – по 9 изследвани лица, като един е над норма и един в норма. Във втората група пациенти от малки населени места около гр. София, равен брой от по 6 изследвани лица са съответно много под норма и в норма, други 5 лица са под норма, а само 3 лица са над нея. В третата група, потребителите на социалните услуги „център за социална рехабилитация и интеграция” и „защитено жилище” най-много са много под норма – 11 лица, следвани от 6 лица под норма и разпределени по равно по едно лице в останалите три дименсии на скалата. В същата социална услуга в гр. София, резултатите са доста различни, като 3 лица са много под нормата, следвани от останалите 9 от извадката, попадащи под норма. Петата група прилича на четвъртата по това, че най-голям брой от лицата попадат в втората дименсия – под норма (9 лица), следвани от 4 в норма, 3 много под норма и по един над и много над норма.

Лицата с резултати над нормата по скалата „*Параноя*” са капризни и чувствителни, лесно стават раздражителни и демонстрират своенравност. В първата изследвана група 10 от 20 лица попадат много под нормата, следвани от 9 под норма и 1 в норма. Цялата изследвана извадка на Група № 1 попада изцяло под норма по Скалата. Същата тенденция се наблюдава и при Група № 4 (3 лица са много под нормата, а 9 под норма) и Група № 5 (2 лица са много под нормата, а по 8 са съответно под норма и в норма). В третата изследвана група отново преобладават лицата много под нормата 8 от 20, следвани от 6 под норма, 5 в норма и само един над норма. Във втората изследвана група има представители във всички дименсии на скалата – 5 лица са много под нормата, 6 под норма, 4 в норма, 2 над норма и 3 много над нормата.

При следващата скала „*Психостения*”, в Група № 3, по равен брой от по 5 лица са тези в под норма и много под норма, най-много са лицата в норма – 7, а 3 попадат в следващата дименсия над норма. В следващата Група № 4, най-много лица са тези под норма 6, най-малко попадат много под норма (1 човек), 3 са в норма а други двама над нея. В последната изследвана група няма нито един под норма, по 8 лица попадат съответно в дименсиите в норма и над норма, а двама са много над нормата. Във втората група 4 лица са много под нормата, 6 под норма, 5 в норма, 3 над норма и 2 много над нормата. Единствено в първата група тенденцията не важи, като 13 са с резултат много под нормата, а останалите 7 от извадката попадат под норма.

Скалата „*Шизоидия*” корелира силно с предходната. В първата група, 14 от 20 изследвани лица са много под нормата, следвани от 5 под норма и само един в норма. Във втората група, 4 лица са много под нормата, 6 под норма, 5 в норма, 3 над норма и 2 много над нормата. При потребителите на социалните услуги „център за социална рехабилитация и интеграция” и „защитено жилище” в гр. Пазарджик най-голям брой лица са в норма – 7, под норма – 6, много под норма – 4 и 3 над норма. В същата социална услуга в гр. София няма нито един над норма, 2 са в норма, 8 от 12 лица са под норма, а останалите 2 лица са много под норма. В последната група от участници в няколко социални услуги, трима са под нормата, 8 са в норма и 7 над нея.

Осмата скала е наречена „*Хипомания*”. В тази скала отново се наблюдава тенденция обща за всичките изследвани групи – малко лица с резултат над норма. В първата изследвана група по едно лице са в норма и над нея, 6 под норма, а останалите 12 са много под норма. Във втората група 2 лица са много под нормата, 5 под норма, най- много

изследвани лица (11) са в норма, а само 2 са над нормата. 5 лица са много под нормата, 6 под норма, 4 в норма, 2 над норма и три много над нормата. В третата група най-много лица – 7 са в норма, 3 над норма, 6 под норма и 4 много под норма. В предпоследната група няма нито едно лице над норма, 2 са в норма, 6 под норма и също като в предходната група 4 лица са много под нормата. В петата група нито едно лице не е нито много под, нито много над норма, отново 7 лица (както в Група № 3) са в норма, същият брой са под норма, а останалите четирима са над норма.

Между Многофакторен личностен въпросник Mini-Mult и Скалата за дискриминация и стигма DISC-12 също бяха изведени *значими корелационни зависимости*. Обект на изследване бяха скалите от Многофакторния въпросник, съпоставени с всеки един от айтемите в Скалата за дискриминация и стигма.

Скалата „*депресия*” корелира с айтема „отказ от наемане на работа, поради наличие на психично разстройство” ($R=0,61$). Много научни изследвания, свързани с психологическата страна на упражняването на труд, категорично доказват, че загубата или липсата на работа, е вторият по степен депресиращ субекта фактор, след загубата или липсата на близък човек.

Силна негативна корелация от $R= -0,91$ бе изведена между скалата „*психопатия*” и айтема, свързан с по-неблагоприятно отношение от служителите на реда, поради наличие на психично разстройство. Тоест, по-неблагоприятното отношение от страна на полицаите е породено от наличието на психопатни прояви. Липсата или контролирането в максимално възможна степен на тези проявления в поведението, следва да гарантира по-благоприятни взаимоотношения с органите на реда.

III.6. Представяне и анализ на резултатите от интервю на професионалисти във връзка с превенция на социалното изключване на хора с психични разстройства

Следващ етап от емпиричното изследване в настоящия дисертационен труд бе и провеждане на структурирано интервю сред професионалисти, работещи в сферата на психичното здраве. *Целта* на интервюто бе да изследва актуалното състояние на социалното включване на хората с психични разстройства, *през погледа на директно работещите с тях професионалисти*. Използван бе основно *метод* на структурирано интервю, чрез бланка от подготвени 17 въпроса (*Вж.: Приложение № 16*). Бяха приложени и допълнителни методи като математико-статистически методи за обработка на емпирични данни, анализ на емпирични данни, контент анализ, синтез, сравнителен анализ.

Предвидените *задачи* на този етап от емпиричното изследване са следните:

- Да се изготви авторски инструментариум, чрез който да се проучи мнението на работещи в сферата на психичното здраве професионалисти, относно актуалното състояние на социалното включване на хората с психични разстройства;
- Да се опишат и класифицират мненията на интервюираните психичноздравни професионалисти,
- Да се изведат общи забележки, препоръки и насоки за превенция на социалното изключване и социално включване, както и за операционализиране ролята на клиничния социален работник.

Основната *хипотеза* на този етап от емпиричното изследване е свързана с това, че според експертите, хората с психични разстройства ще получават недостатъчна социална

подкрепа (от роднини, приятели, психичноздравни професионалисти), наличните социални и здравни услуги ще бъдат оценени като недостатъчни по брой, вид и обхват. Ще се диференцира високо ниво на стигма и дискриминация в обществото по отношение на целевата група. Ролята на клиничния социален работник ще бъде оценена като ключова при превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства.

В следващата *Таблица № 2* са представени категориите и съответстващите им *променливи*, използвани за подготовката на въпросите.

Табл. 2: Категории и променливи, използвани при интервю на специалисти.

Категории	Променливи
Превенция на социалното изключване	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Необходими дейности за превенция на социалното изключване; ➤ Необходими действия за социално включване; ➤ Степен на включване в обществото на хората с психични разстройства; ➤ Необходимост от обществени мероприятия за осигуряване на социално включване.
Подкрепа от социална среда	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Степен на подкрепа от страна на роднини; ➤ Степен на подкрепа от страна на приятели; ➤ Степен на подкрепа от страна на социални работници; ➤ Степен на подкрепа от медицински специалисти.
Качество на социалните услуги	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Оценка на качеството на социалните услуги, предлагащи психосоциална рехабилитация за хората с психични разстройства.
Качество на болнична психиатрична грижа	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Оценка на качеството на болничната психиатрична грижа.
Роля на клиничния социален работник	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Съдържание на ролята на клиничния социален работник; ➤ Значимост на ролята на клиничния социален работник.
Стигма и дискриминация	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Оценка на степента на наличие на стигма и дискриминация спрямо хората с психични разстройства в обществото.

Интервюираната *извадка* се състои тридесет и двама професионалисти, на възраст от 23 до над 63 години. 23 от тях са жени, а останалите 9 мъже. Трима от интервюираните специалисти са на възраст до 29 години, 9 са между 30 и 40 годишна възраст, с двама по-малко са тези между 41 и 50 години, най-много – 11 лица са между 51 и 63 годишна възраст. Още две лица са в пенсионна възраст (над 63 години).

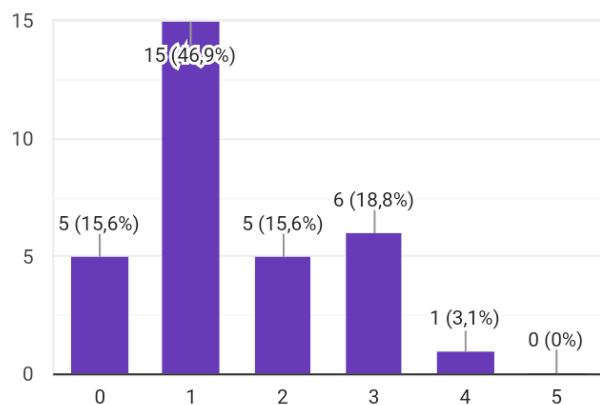
Професионалната квалификация на 4 от интервюираните е верифицирана с образователно-научна степен д-р. 11 от изследваните лица са с образователно-квалификационна степен магистър, следвани от 14 лица с бакалавърска степен в същата сфера и други трима интервюирани със средно образование в областта на социалната работа.

Упражняваните професии от интервюираните лица са следните: Социален работник, Психолог, Консултант по миграционни въпроси на бездомни (в Германия), Клиничен психолог, Психотерапевт, Психиатър, Психиатрична медицинска сестра, Консултант по социална политика, Обучител на екипи в сферата на социалната работа, Супервизор на екипи, Програмен директор на социална организация, Преподавател във висше учебно заведение и Специален педагог.

В Диаграма № 1 е представен айтемът, който идентифицира мнението на интервюираните професионалисти за степента на социалното включване в обществото на хората с психични разстройства.

В каква степен лицата с психични разстройства са включени в българското общество?

32 отговора



◀ *Диагр. № 1: Степен на социалното включване в обществото на хората с психични разстройства – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

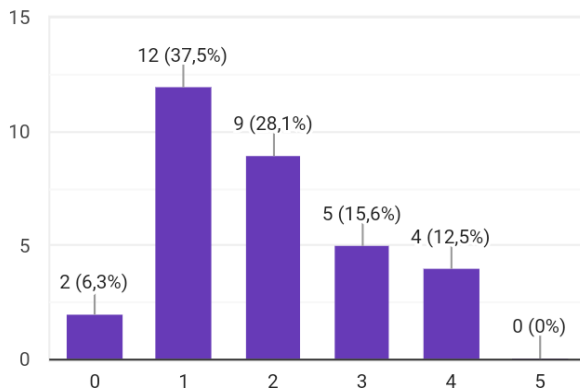
Според почти половината от изследваната група от 32-ма психичноздравни професионалисти (15 лица), хората с психични разстройства са включени в обществото ни в най-малка степен (Вж.: *Диаграма № 1*). Други по 5 от интервюираните специалисти са на мнение, че въобще липсва степен на

социално включване или степента е „по-скоро малка”. Само един професионалист е на мнение, че хората с психични разстройства са социално включени по-скоро в голяма степен. 6 негови колеги изразяват мнение, че целевата група е нито включена, нито изключена в обществото ни. Няма нито един отговор, който да е във висока степен. Като цяло, резултатите от попитаните специалисти са красноречиви. Степента на социалното включване при хората с психични разстройства е ниско, клонящо към напълно отсъстващо. Диференцираната тенденция е изключително сериозна, тъй като тя е плод на мнение на експерти, директно работещи с целевата група, които имат най-адекватна и кореспондираща с реалността представа за социалното функциониране на клиентите си.

В каква степен е добро качеството на болничната психиатрична здравна грижа, свързана с превенция и рехабилитация на лицата с психични разстройства у нас?



32 отговора



мнение, че въобще липсва качество при тези здравни услуги, а два пъти повече професионалисти (4 лица) смятат, че качеството на болничната грижа за психиатрични пациенти е по-скоро добро. Деветима са на мнение, че психиатричните лечебни заведения са добри „по-скоро в малка степен”, а други петима не могат да преценят. В действителност, поради липсата на достатъчно добро финансиране, битовите условия в специализираните психиатрични клиники (а и отделения на многопрофилните болници) са в най-занемарено битово и ресурсно състояние, в сравнение с всички останали клиники и отделения. В някои специализирани държавни болници и центрове за психично здраве, условията дори са далеч под минимално допустимите за функциониране на лечебно заведение. Проблем освен с ресурсната обезпеченост и материална база, има и с кадровата обезпеченост в специализираните здравни институции. Докато все пак минимумът от психичноздравни професионалисти (психиатри, психиатрични медицински сестри, санитарни, клинични психолози и клинични социални работници) е осигурен, почти напълно невъзможно е привличането на лекари с други специалности, лаборанти и други необходими за функционирането на лечебно заведение медицински и немедицински (охранители, шофьори и други) специалисти.

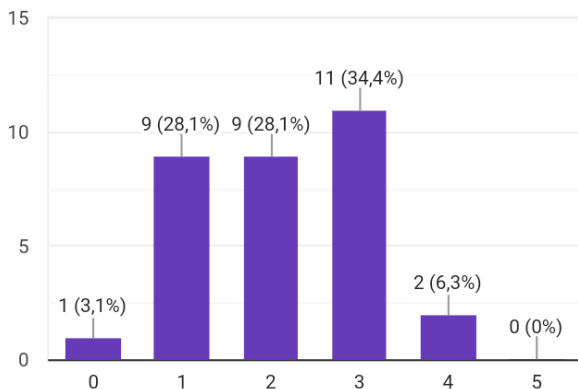
◀ *Диагр. № 2: Степен на качество на болнична психиатрична грижа – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

Диаграма № 2 показва мнението на интервюираните психично-здравни професионалисти, относно качеството на болничната психиатрична грижа у нас. Най-много лица (12 от 32) посочват, че психиатричната грижа е добра в малка степен. Други двама са на

В каква степен е добро качеството на социалните услуги, предлагащи психосоциална рехабилитация за лицата с психични разстройства у нас?



32 отговора



◀ *Диагр. № 3: Степен на качество на социалните услуги, предлагащи психосоциална рехабилитация на лицата с психични разстройства – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

При анализ на резултатите от айтема, свързан с качеството на социалните услуги за психосоциална рехабилитация (Вж.: Диаграма № 3) се запазва тенденцията за предоставяне на оценка от страна на експертите в негативните степени на скалата. Едва двама от интервюираните

професионалисти са на мнение, че съществуващите социални услуги у нас в момента са „по-скоро добри”. 11 интервюирани не могат да преценят и затова предоставят отговор в независимата степен. По 9 интервюирани психичноздравни професионалисти смятат, че социалните услуги съответстват на потребностите на целевата група в „малка” и „по-скоро в малка” степен, а един е на мнение, че специализираните центрове въобще не съответстват на нуждите на хората с психични разстройства.

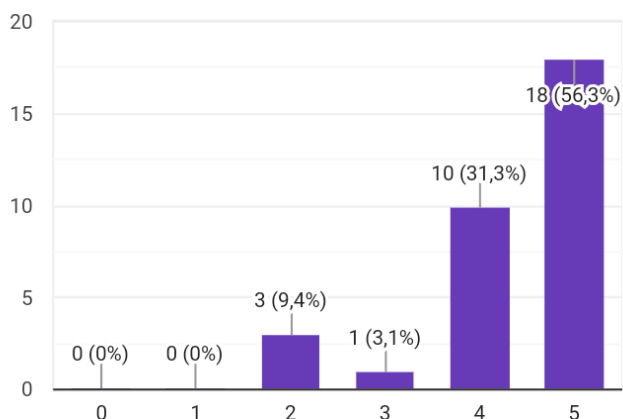
У нас не е провеждано задълбочено изследване на качеството на всички социални услуги, предназначени за хора с психични разстройства. Количествено погледнато обаче е ясно, че те са абсолютно недостатъчен брой и капацитет за обхващане на всички нуждаещи се лица от целевата група. Към момента капацитетът на социалните услуги (особено тези от резидентен тип) е абсолютно символичен и недостатъчен.

Липсата на достатъчно социални услуги е обусловена отчасти и поради организацията и финансирането им. Ресурсната им обезпеченост се осигурява от българската държава, чрез Министерството на труда и социалната политика и Агенцията за социално подпомагане, но мениджмънта им е оставен на общините. От своя страна общините делегират тези дейности на неправителствени субекти. Не навсякъде обаче съществуват подобни организации, които да разкриват социални услуги и от своя страна, които същевременно да са от нужния за локалното населено място вид и необходимия капацитет.

Същевременно съществува и необходимост от нов вид резидентни услуги в общността от медикосоциален характер, за по-тежко боледуващи клиенти и/или такива с коморбидност от психични и соматични заболявания и/или увреждания.

В каква степен има наличие на стигма и дискриминация спрямо лицата с психични разстройства у нас?

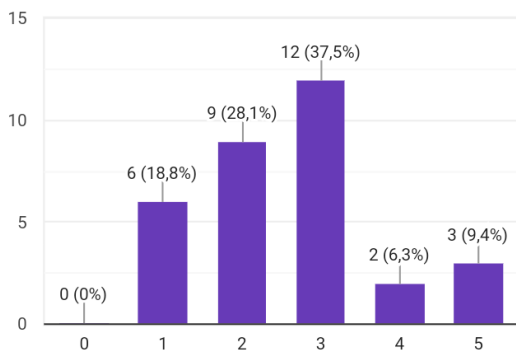
32 отговора



обществото ни има наличие на стигма и дискриминация спрямо хората с психични разстройства. Други десетима оценяват наличието на споменатите негативни социални явления в „по-скоро голяма степен”. Три от изследваните лица са на мнение, че стигмата и дискриминацията са „по-скоро в малка степен”, а един не може да прецени. В настоящия дисертационен труд (и в цитирана авторска студия в Том 112, Книга „Социални дейности”, СУ „Св. Климент Охридски”) бе засегната темата с видовете и проявленията на стигма и дискриминация спрямо хората с психични разстройства. Във всяко общество е налично стигматизиращо отношение от грижещите се професионалисти към тази целева група.

В каква степен лицата с психични разстройства получават необходимата подкрепа от медицински специалисти?

32 отговора



◀ *Диагр. № 4: Степен на дискриминация и стигма спрямо лицата с психични разстройства – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

В Диаграма № 4 са представени резултатите от категорията „стигма и дискриминация”. 18 от интервюираните 32 психично-здравни професионалисти, в „най-голяма степен” смятат, че в

◀ *Диагр. № 5: Степен на подкрепа от страна на медицински специалисти спрямо лицата с психични разстройства – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

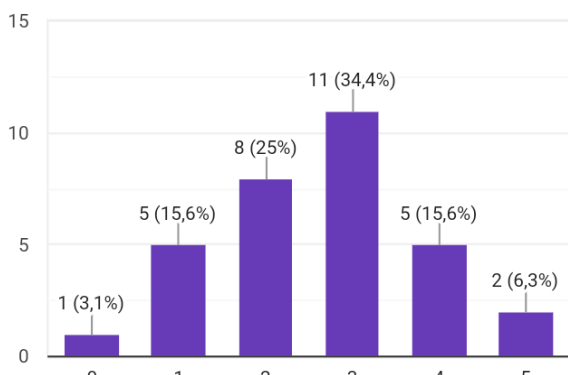
Част от участниците в настоящето структурирано интервю бяха и трима психичноздравни професионалисти с медицинско образование. Поради принципа на анонимността при обработка на отговорите, няма как да се твърди категорично, но е логично да се изрази

обусловено предположение, че отговорите в най-висока степен са предоставени от тези три изследвани лица, които смятат, че хората с психични разстройства получават в „най-голяма степен” подкрепа от медицинските специалисти. С едно изследвано лице по-малко, са на мнение, че целевата група „по-скоро в голяма степен” получава необходимите здравни грижи (Вж.: *Диаграма № 5*).

Ежедневно в медиите се показват случаи на базата, на които може да се твърди, че поради множество фактори (ресурсна и кадрова обезпеченост, и други) качеството, обхвата и достъпността на здравеопазването за цялото население е затруднено и то е ощетено. Тази негативна тенденция е много по-изострена при групата на хората с психични разстройства, тъй като те не разполагат с достатъчно финансови средства за доплащане на медицинските услуги, а работата с тях изисква от специалистите по-специално отношение, повече внимание, търпение и грижи.

В каква степен лицата с психични разстройства получават необходимата подкрепа от социални работници?

32 отговора



◀ *Диагр. № 6: Степен на подкрепа от страна на социалните работници спрямо лицата с психични разстройства – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

В *Диаграма № 6* беше показана оценка на качеството на подкрепата от страна на здравните работници, а в *Диаграма № 8* са описани резултатите по същата категория за социалните работници. Те са специалистите, които работят директно на практика най-продължително и с най-голям брой представители на целевата

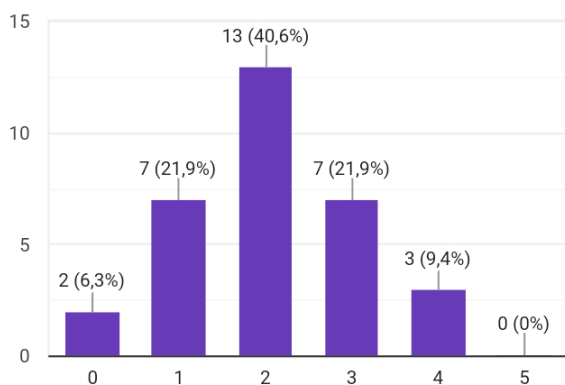
група. Социални работници са и преобладаващият брой от участниците в настоящето интервю. Въпреки това разпределението на отговорите е по степените на цялата скала. Това показва, че предоставените мнения и отношения са статистически значими, достоверни и максимално кореспондират с реалната ситуация на директната социална работа с клиенти.

Най-много (11 от 32) интервюирани, не могат да предоставят отговор нито в положителната, нито в отрицателната част на скалата. Двама изразяват мнение, че хората с психични разстройства получават в максимална степен необходимата подкрепа от страна на социалните работници, а един предоставя становище, че те въобще не получават подобна подкрепа. По 5 интервюирани психичноздравни професионалисти са на мнение, че представителите на целевата група получават подкрепа от социалните работници, съответно „по-скоро в голяма степен” и в „най-малка степен”. С три лица повече, или общо 8 интервюирани, класифицират подкрепата на социалните работници, като „по-скоро в малка степен”.

Седем лица предоставят отговори в положителната част, а два пъти повече в отрицателната. Тази не добра тенденция е обусловена най-вероятно от организацията на труда на социалните работници – изключително ниско заплащане, изключително висока натовареност, много лоши условия на труд, почти липсваща ресурсна обезпеченост, крайно недостатъчни възможности за предоставяне по вид, размер и обхват социални плащания и социални услуги.

В каква степен лицата с психични разстройства получават необходимата подкрепа от своите приятели?

32 отговора



подкрепа спрямо хората с психични разстройства от страна на приятелите им в никоя от двете дименсии на скалата. Едва 3 други изследвани лица поставят помощта от приятелите в положителната част на скалата – „по-скоро в голяма степен”. Най-многобройна е групата от специалисти, които класифицират подкрепата от приятели „по-скоро в малка степен” – 13 души (Вж.: Диаграма № 7).



◀ *Диагр. № 7: Степен на подкрепа спрямо лицата с психични разстройства от страна на приятелите им – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

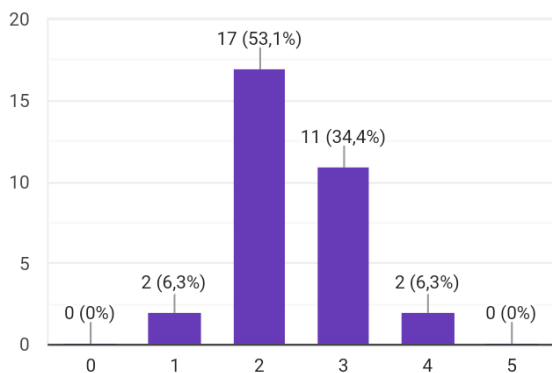
Социалната подкрепа е винаги в основата на социалното благополучие, едно от най-важните средства за справяне с ежедневни и житейски предизвикателства и един от значимите фактори за поддържане на състояние на ремисия.

7 от 32 интервюирани психичноздравни професионалисти не успяват да класифицират степента на социална

В каква степен лицата с психични разстройства получават необходимата подкрепа от своите роднини?



32 отговора



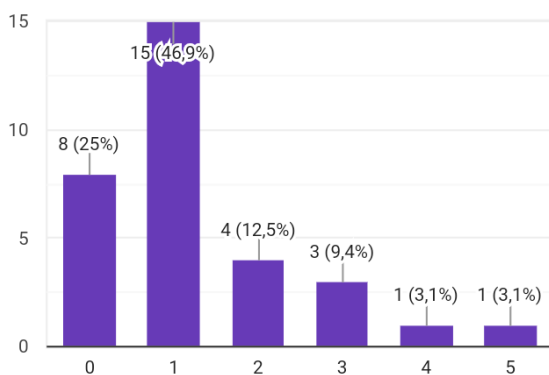
получават „по-скоро малка” подкрепа от роднините си. С еднакъв брой (от по две маркирания) са резултатите в „най-малка степен” и „по-скоро в голяма степен”. Други 11 от 32 интервюирани специалисти не могат да преценят дали подкрепата е достатъчна или не.

Роднините са ценен и незаменим ресурс (когато ги има) в работата с хората с психични разстройства. Те трябва целенасочено да бъдат подкрепяни от психичноздравните професионалисти, за да може да съществуват ползотворни и хармонични взаимоотношения между представителите на целевата група и техните родственици.

В каква степен са достатъчни обществените мероприятия и кампании, свързани със социалното включване на лица с психични разстройства?



32 отговора



◀ *Диагр. № 8: Степен на подкрепа спрямо лицата с психични разстройства от страна на роднините им – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

В Диаграма № 8 са представени резултатите, свързани с категорията социална подкрепа от роднините. От интервюираните психичноздравни професионалисти, 17 души смятат, че хората с психични разстройства

получават „по-скоро малка” подкрепа от роднините си. С еднакъв брой (от по две маркирания) са резултатите в „най-малка степен” и „по-скоро в голяма степен”. Други 11 от 32 интервюирани специалисти не могат да преценят дали подкрепата е достатъчна или не.

◀ *Диагр. № 9: Оценка на обществените мероприятия, свързани със социалното включване на лицата с психични разстройства – в проценти и в брой интервюирани (резултатите са кодирани в шестепенна ликертова скала със следните позиции: Напълно липсва – 0, Най-малка степен – 1, По-скоро малка степен – 2, Средна степен – 3, По-скоро голяма степен – 4, Най-голяма степен – 5).*

Както ще стане дума в настоящия дисертационен труд, водеща роля за превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства имат широките обществени кампании и мероприятия. Ключово значение за интегрирането в обществото притежава именно опитът на конкретната общност с

хората с психични разстройства. Чрез масовото информиране и съвместни дейности могат да се променят негативни обществени нагласи и да се създават агенти на промяната, в случая лица и/или групи от обществото, опосредстващи процеса на социално включване, на базата на лична ангажираност и съвместен опит с представители на целевата група.

Отговорите на този въпрос са разпределени във всички степени на скалата. Въпреки това, положителните четвърта и пета степен са избрали само по едно интервюирано лице. Други трима не могат да диференцират мнението си като положително или отрицателно, а с един повечето (общо четирима) смятат, че обществените антистигма и антидискриминационни кампании не са достатъчно (*Вж.: Диаграма № 9*).

Обобщено може да се каже, че интервюираните 32 психичноздравни професионалисти подкрепиха и авторската теза от настоящия дисертационен труд, че основният път за превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства е чрез осигуряване на психосоциална подкрепа, консултиране, водене на случай, осигуряване на мерки за подкрепена заетост, провеждане на информационни и антистигма кампании сред обществеността.

Последната категория от настоящето интервю бе свързана с ролята на клиничния социален работник по превенция на социалното изключване. Тя бе изследвана чрез следния отворен въпрос: „Според вас, каква е и какво включва ролята на клиничния социален работник по превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства?“. Всички интервюирани психичноздравни професионалисти декларират, че ролята на клиничния социален работник е най-вече ключова. Клиничният социален работник трябва също да бъде: „обучител; посредник; консултант; водещ на случай; водещ на групи; застъпник; подкрепящ; информатор; осигуряващ ресурси; изграждащ доверителна връзка; мотивиращ; подпомагащ; консултиращ семейството; участващ в хоспитализации; публичен говорител, инициатор на законодателни промени; анализатор; организатор; планиращ; ментор; приятел; контролиращ случващото се на клиента си; оценяващ потребности; осигуряващ грижи; разговарящ; осигуряващ социална среда; подобряващ взаимоотношенията с другите; проявяващ индивидуален подход; медиатор между клиента и обществото, здравната система, социалната система роднините, мултидисциплинарния екип; публичен говорител“.

Заложената на този етап от емпиричното изследване *хипотеза* се потвърди напълно. Според резултатите от интервюто на експерти, хората с психични разстройства получават в по-ниска от средна степен социална подкрепа (от роднини, приятели, психичноздравни професионалисти). Наличните социални услуги са оценени като абсолютно недостатъчни по брой и обхват. Може да бъде направен извод, че е нужно и създаване на нов вид социални услуги, които съчетават социален и медицински характер, както и откриване на дългосрочни социални услуги, предлагащи водене на случай в общността и дейности по подкрепена заетост. Болничната психиатрична грижа също е оценена като недостатъчна по обхват и качество. Нивото на стигма и дискриминация в обществото по отношение на целевата група, според експертите, е значително над средната степен. Ролята на клиничния социален работник бе оценена като ключова при превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства, като бе обобщена и операционализирана.

Макар и различни по вид, възраст, пол, професия, стаж и образование, по всички категории интервюираните психичноздравни професионалисти предоставят изчерпателни отговори с много близки пресечни точки. Това е признак за достоверност и емпирична значимост на получените резултати. Същевременно е сигурен показател за значимостта на изведените проблеми и потребности, които интервюираните специалисти на практика са диференцирали от директната работа с хората с психични разстройства. Същността на практическите резултати съответства напълно на същността на теоретичните такива, като способства за извеждането на необходимите категории и полета за работа в създадения авторски Интегративен практико-приложен модел „Включени“.

Чрез емпиричните резултати бе обоснована и тезата за наличие на всички видове стигма в нашето общество – както от общността към хората с психични разстройства (проявяваща се най-вече при използване на обществения транспорт), така и от страна на помагачите професионалисти. Същевременно се откриха ярки тенденции на автостигматизация (най-често при търсене на работа и започване на интимна връзка). Настоящото проучване установи по безспорен начин сравнително високо равнище на социално изключване на хората с психични разстройства. В сравнение с пациентите на болнична психиатрична грижа, клиентите на социални услуги (със същите диагнози) предоставят по-добри резултати за тяхното социално функциониране. Стигнахме до извода, че моделите на психосоциална рехабилитация в съществуващите социални услуги не осигуряват в достатъчна степен превенция на социалното изключване и борба със стигмата и дискриминацията при целевата група.

IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА: МОДЕЛ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА СОЦИАЛНОТО ИЗКЛЮЧВАНЕ ПРИ ХОРА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

В четвърта глава от дисертационния труд бе представена втората част от емпиричното изследване – създаване на Интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства чрез психосоциална рехабилитация, под формата на клинична социална работа в група. Описан бе процесът на моделиране и подготвяне на съдържание. Същевременно бяха представени и анализирани резултатите от апробиране на Модела в две групи, както и от осъществена експертна оценка на Модела.

IV.1. Втори етап на емпирично на изследване – създаване на интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства, чрез психосоциална рехабилитация под формата на клинична социална работа в група

По време на втория формиращ етап на експеримента бе създаден модел за превенция на социалното изключване, чрез психосоциална рехабилитация. Процесът на моделиране е в резултат на дългогодишна практическа работа във водене на групи за психосоциална рехабилитация. Недостатъците на ефективността на резултатите на изброените до момента социални услуги, предназначени за хората с психични разстройства, водят до слаби ефекти по посока на тяхното социално включване. Това предполага търсенето на нови методи и начини на работа, които да са достатъчно ефективни в справянето със социалното изключване. Затова в тази глава на настоящия дисертационен труд бе създаден интегративен модел, който включва добродетели и от останалите модели и прави опит да ги доусъвършенства, за да подобри ефективността и резултатността им.

По време на *процеса на аналитичното моделиране* на настоящия Модел, бяха използвани априорни знания за психосоциалната рехабилитация под формата на клинична социална работа в група, съчетани с констатация и анализ на процесите в проведения експеримент с описаните две групи. Осъществени бяха редица допускания, чрез които се отчете относителната важност на величините, определящи изучаваните компоненти на груповата психосоциална рехабилитация, тоест, коефициентите и зависимостите бяха изведени по експериментален път. Модел „Включени” бе верифициран в две групи за адекватност, чрез определени конкретни категории, които ще бъдат описани по-късно в настоящия труд.

Двата компонента на процеса на моделиране на настоящия модел са именно емпиричният опит в сферата на социалното изключване на лицата с психични разстройства и анализ на други практико-приложни модели за психосоциална рехабилитация. Емпиричният опит бе компилиран с теоретична обосновка, интегриране на теория и практика от водещи модели за психосоциална рехабилитация и превенция на социалното изключване, разгледани и анализирани в теоретичната част на настоящия дисертационен труд, заедно с резултати от анкетиране на 90 лица с психични разстройства, както и интервюиране на 32 психичноздравни професионалисти с въпроси от сферата на превенция на социалното изключване при целевата група. Впоследствие, следваха етапи на *концептуализация* и на *теоретизиране*. Етапите на концептуализация и

теоретизиране са по време на клиничната социална работа в двете описани групи. Подготовката на темите, съдържанието и обосновката им бе съгласувана на всеки един етап с участниците в груповия процес.

Една от иновациите на настоящия модел е неговият *интегративен характер*. Той представлява своеобразна компилация между основните опорни точки от разгледаните в настоящия дисертационен труд практико-приложни модели за психосоциална рехабилитация. *Новост* е липсата на сепариране на социалните умения по сфери (както, например, е в описания модел на Либерман). Всички социални умения са интегративни, тъй като използването им в живия живот отново не е разделено по сфери, теми или стерилни ситуации, а изисква хомогенност на прилагането им. Дори елементарните житейски ситуации *изискват прилагане на социални умения от различни сфери*. Например, при пазаруване се изискват умения, както от сферата, свързана с битови умения за пазаруване, така и от сферата, свързана с пътуването с обществен транспорт. При интеракциите с лекуващия психиатър, например, отново се изискват умения за договаряне на медикаментозната терапия със специалиста, умения за общуване с него, освен като с професионалист и като с човек, и отново умения за пътуване с градския транспорт. Затова основно (но не само) прилаганият метод на групова социална работа в настоящия Модел е *тренинговият*, като постоянно се съблюдават принципите за „активност”, „доброволност”, преживяване „тук и сега”, емоционално пречупване”, „автентичност и самостоятелност” и принципът за „обратна връзка” (Цветанска, С., 2001, с. 197).

IV.2. Процес на прилагане на Интегративен практико-приложен модел „Включени”

Настоящият модел бе създаден в руслото на когнитивно-поведенческа терапия. Това е най-подходящият психотерапевтичен подход за целта, тъй като е насочен към решаването на проблеми, свързани с дисфункционални емоции, поведения и възприятия, чрез целево-ориентирани систематични процедури (Beck, A. Dozois, D, 2011, p. 397-399). Хората с психични разстройства срещат всичките тези трудности и притежават дефицити в изброените области при интеракциите си с всички социални групи.

Препоръчително е провеждането в групов контекст на настоящия Интегративен практико-приложен модел да се случи за максимално кратък период. Това също представлява иновация при моделите за психосоциална рехабилитация, които като цяло залагат на дълги срокове на обучение и повтаряне на предвиденото съдържание.

Целта на *максимално краткия срок* е участниците веднага, непосредствено след края (а и по време) на груповите дейности да започнат да прилагат на практика придобитите социални компетентности, копинг стратегии и добри практики, чувства и представи. Своеобразен негатив на по-дългосрочните модели за психосоциална рехабилитация е, че предлагат много време за трениране на социалните умения, симулирано и контролирано в защитената среда на групата, като това на практика намалява мотивацията у участниците и води до отлагане старта на прилагане на придобитите социални компетентности на практика в реални житейски ситуации. Една от основните цели е превенция на социалното изключване чрез реализиране на придобитите социалните компетенции в практическа среда. Продължителността на груповата работа зависи от темповете, груповата динамика и прогреса на участниците в конкретната група. Препоръчителният *брой срещи* е поне един път седмично, за най-малко 120 минути, в

продължение на максимум една година. Темите не са подредени по степен на значимост, а са в определен *хронологичен ред* на структурните елементи. Въпреки това, при необходимост те могат да бъдат размествани, по усмотрение на водещия и/или участниците или по причина други особености и обстоятелства. Броят на срещите, посветени на една тема зависи от съдържанието на самата тема и от множество характеристики на групата, като големината ѝ, тежест на боледуване на участниците, тяхното темпо на работа, груповата динамика и други.

Във втория формиращ етап на настоящето изследване са предвидени по *две групови срещи всяка седмица* за по две сесии от по 50 минути (общо 100 минути на среща). *Основната изследвана група* се състои от 18 участници, които са потребители на следните социални услуги: Дневен център, Защитено жилище и клинична социална работа на терен. *Контролната група* на груповия процес на психосоциална рехабилитация се състои от 12 участници, клиенти на социалната услуга Център за социална рехабилитация и интеграция за лица с психични разстройства в гр. София. Срокът на провеждане е от 1 юни до 31 август 2019 година.

От друга страна в настоящето емпирично изследване вече бе описан инструментариум под формата на два въпросника – Въпросник № 1 и Въпросник № 2 (*Вж.: Приложение № 4*). Те ще бъдат съответно приложени в началото и в края на работата на експеримента с двете групи, за да се идентифицира потенциалното наличие на положително развитие относно степента на социално включване на изследваните лица, преди и след периода на предвидената групов психосоциална рехабилитация.

Превенцията на социалното изключване се случва чрез дейности опосредстващи социалното включване. Настоящият труд представя Модел за групов работа, чрез която участниците ще придобият, доразвият, усъвършенстват своите социални и битови умения и компетенции. Това е основната база, върху която да се реализира процеса на социално включване. Този процес е двустранен – и от страна на групата хора с психични разстройства и от страна на обществото. Настоящият Модел предоставя процеса на социално включване от гледна точка на целевата група, а настоящият дисертационен труд разглежда и двете равнища на социално включване, както предоставя изводи и препоръки за мерки и дейности за интеграция на всички равнища. Модел „Включени“ бе описан процесуално, но акцентът е върху неговия съдържателен план, тъй като той представлява основната структура в процеса на специализирана психосоциална рехабилитация, под формата на клинична социална работа с група от хора с психични разстройства.

IV.3. Описание на Интегративен практико-приложен модел „Включени“

Интегративен практико-приложен модел „Включени“ е моделиран едновременно на базата на представения в Първа глава на настоящия дисертационен труд теоретичен анализ; разгледаните във Втора глава модели и подходи за психосоциална рехабилитация при лица с психични разстройства и на описаното в Трета глава проведено емпирично изследване сред представители на целевата група и психичноздравни професионалисти за проблемите и нивото на социално включване на лицата с психични разстройства.

Модел „Включени“ е предназначен за осъществяване на социална работа в група, на базата на прилагани в световен мащаб модели за психосоциална рехабилитация в група. Моделът предлага програма за групови срещи, по описани параметри и съдържание, които биха дали по-добри и по-трайни резултати при оценка на нивото на социално включване

на участниците в груповия процес хора с психични разстройства. Моделът е предназначен за прилагане, както в социални услуги в общността (включително и от резидентен тип), така и в дневни стационари на психиатрични лечебни заведения.

Общата цел на Моделирането е да предостави съдържателен и процесуален план за психосоциална рехабилитация чрез клинична социална работа в група, който да спомогне превенцията на социалното изключване при хората с психични разстройства.

Конкретни цели на Модел „Включени“ са:

- Да се формират и затвърдят социални умения;
- Да се подобрят взаимоотношенията със значими социални групи;
- Да се подобрят интерпесоналните интеракции;
- Да се формират умения за поддържане на лична хигиена и бита;
- Да се формират умения за самостоятелен живот в общността и справяне с ежедневни предизвикателства;
- Да се формира критичност към симптоматиката на психичните разстройства;
- Да се придобият знания и умения за контролиране на симптомите на психичните разстройства и правилно следване на предписаната медикаментозна терапия;
- Да се предостави информация за подходящи и необходими социални помощи и социални услуги от държавата, неправителствени организации и проектна дейност;
- Да се предостави информация за реда на изготвяне на ЕР на ТЕЛК и всички следващи от това преференции;
- Да се формират знания, умения и мотивация за водене на здравословен начин на живот;
- Да се предостави информация за рисковете от злоупотреба с психоактивни вещества;
- Да се формират компетентности за приоритизиране и рационално разпределяне на собствен финансов бюджет;
- Да се подобри социалното представяне и да се омекотят негативните преживявания при използване на обществен транспорт;
- Да бъдат формирани мотивация и умения за търсене, намиране, кандидатстване и задържане на работно място, както и идентифициране необходимостта от допълнителна квалификация и преквалификация;
- Да се осъществи превенция на потенциални злоупотреби с хората с психични разстройства, чрез информирани за основни схеми за измами;
- Да се идентифицират различни нужди и потребности, пречки и проблеми пред социалното включване на хората с психични разстройства, както и съответстващите начини за преодоляването им;
- Да се работи за преодоляване на стигмата и дискриминацията.

Обектът на Интегративния практико-приложен модел „Включени“ е процесът на клинична социална работа в група от лица с психични разстройства. **Предмет** на Модела е психосоциалната рехабилитация с цел превенция на социалното изключване при целевата група, чрез клинична социална работа в група.

Ресурсната обезпеченост на Модела го прави изключително достъпен от финансова гледна точка. Необходимо е осигуряване на трудово възнаграждение на специалиста водещ (или заедно с ко-водещ) на групата за времето на провеждането ѝ. На водещия трябва да бъде предоставена възможност за ползване на супервизия, на

професионална и методическа подкрепа и консултиране. Друга базова необходимост е помещение, в което ще се провеждат груповите срещи. Обикновено социалните и здравните услуги разполагат с подобни помещения. То трябва да бъде достатъчно голямо за побиране на всички участници, заедно с допълнително място, на което ще се провеждат ролевите игри. Помещението трябва да е добре климатизирано и вентилирано, както и да кореспондира със санитарен възел.

Потенциалните **рискове**, които могат да възникнат са свързани с двата субекта на групата, като основният риск е отказ от участие в групата, който може да бъде както от страна на участниците, така и от страна на водещия (например, поради ефект на „бърнаут“). При наличие на отказ на някоя от страните, трябва своевременно да се предприемат мерки за изследване на причините и да се предприемат необходимите интервенции и мерки за решаване на възникналите предизвикателства и продължаване на груповия процес. В случай на необходимост, при възникнал проблем по време на груповата работа, клиентите могат да се обръщат към водещия на групата или водещия си на индивидуален случай. В същата ситуация, но може да бъде и водещият на груповите дейности, като за него подходящо решение супервизиите, консултациите с колеги и психичноздравни професионалисти с други специалности. Риск, застрашаващ груповата работа са и всички възможни аварии от общ битов характер (липса на отопление, осветление, мебели и др.).

Обзавеждането на помещението трябва да включва повече столове, отколкото са участниците, маси, върху които може да се пише или рисува, закачалка за дрехи, дъска за писане. Предимство ще е бъде наличието на мултимедия за възпроизвеждане на информационни технологии, презентации, използване на интернет, възпроизвеждане на звук и картина, запознаване с базови софтуерни продукти и платформи. Необходими са канцеларски материали под формата на разноцветни средства за писане и рисуване, хартия, лепило и други подобни. Добра практика е осигуряването на вода, освежителни напитки и дребни захарни и/или биопродукти и плодове за времето на почивки от груповата работа.

IV.4. Съдържание на Интегративен практико-приложен модел „Включени”

Теми на груповите срещи на интегративния практико-приложен модел за социално включване чрез психосоциална рехабилитация и клинична социална работа в група Клуб „Включени”:

1. Сформиране на групата.

Основното, което се предвижда по време на първата работна среща е запознаване с водещия, запознаване между членовете на групата, изготвяне на групови норми, описание на бъдещата работа. Ще бъдат описани целите, съдържанието, времевите и информационни рамки на груповите дейности. Ще бъдат обсъдени и всички групови теми.

Предвижда се първоначално използване на техники за т. нар. „разчупване на леда”. След това участниците ще бъдат стимулирани да се представят със своето име и от колко време са клиенти на социалната услуга, както и да предоставят отговор на въпроса какво им е любимо и/или какво обичат (изрично не се дават допълнителни уточнения за последния въпрос).

Когато групата е новосформирана (което е най-благоприятният вариант, идентифициран по емпиричен път от резултатите от настоящия труд), удачна техника за запознанство е „Техника групова снимка“. При нея на участниците се раздава бял лист и някакъв вид цветни средства за рисуване. Инструкцията е всеки да нарисова своя „снимка“ и да си напише името. След приключване на рисуването, всеки обяснява защо се е нарисувал по този начин, по който е. След това се опъва конец във вид на простор помещението. С щипки, кламери или тиксо се прикрепват „снимките“ към „простора“. Така през цялото всеки може свободно да виждат портретите и имената на останалите участници. Тази своеобразна арт-инсталация може да се монтира преди всяка групова среща, първите няколко пъти, докато имената на участниците се запомнят.

Водещият трябва да представи себе си, квалификационната си степен, трудовия си опит в подобен вид дейност, както и институцията или социалната услуга, която представлява или в която се намират.

Първоначално участниците биват информирани, най-общо какво представлява социалното изключване и социалното включване. Целта на тази групова среща е те да бъдат стимулирани и насочвани за споделяне, по чисто човешки начин на своите социално-медицински проблеми и потребности.

2. Социални умения и общуване с другите – вербална и невербална комуникация в ежедневно общуване.

Първата част от темите свързани с комуникацията – вербална комуникация и невербална комуникация. По време на темата за първия вид, в групов контекст ще бъдат обсъдени правилното изразяване, използването на диалект и жаргон. Правилното вербално общуване е от изключително важно значение за поддържане на хармонични отношения с всички социални групи. И не само, то е от значение, за да бъде субекта разбран точно. Осмислянето на вербалното общуване ще бъде полезно за конкретната извадка и от гледна точка на прегледите при лекар-психиатър, които са под формата на интервю.

По време на груповата работа ще се акцентира и върху няколко други важни елементи при вербалната комуникация – това са границите и обратна връзка. Пълноценното социално общуване се получава именно, след като се спазват границите на конкретната комуникативна ситуация и след като постоянно се търси и анализира обратна връзка от събеседника

Втората част от темите свързани с комуникацията е невербалната. Тя не трябва да се изолира езика на тялото, а напротив, винаги участниците ще бъдат обучавани да следят вербалния контекст и специфичните компоненти на конкретната комуникативна ситуация, в която се проявяват невербалните сигнали, з. така ще може да се разчете истинското, еднозначното и правилното им значение. Предвижда се да се обърне внимание на невербалната част от необходимите социални умения за осъществяване на пълноценно социално включване на лицата с психични разстройства.

За целта ще бъдат използвани ролеви игри с представяне на невербални сигнали, разчитане и имитирането им. Ще се акцентира върху ръкостискането, визуалния контакт, подходящото облекло, поза, поглед, паразитни жестове и жестове издаващи силно емоционално състояние.

3. Поддържане на личната и битова хигиена и значението ѝ при социалното включване и взаимоотношенията с другите.

Следващата тема е свързана с формиране на умения и знания за значението и начините за поддържане на лична хигиена. Клиентите ще бъдат стимулирани да споделят за начините и честотата на поддържане на своята лична хигиена. Споделеният опит ще бъде анализиран критично в групата и ще бъде предоставена обратна връзка за прилаганите модели. Ще се опишат примери за добри практики при използване и при закупуване на необходимите средства за поддържане на лична хигиена

Членовете на групата ще бъдат стимулирани да споделят за честотата и начините за поддържане на хигиената в дома си. Разказите им ще бъдат анализирани, а неподходящите практики коригирани. Обект на внимание ще бъде и прибирането на огромно количество вещи и/или отпадъци, типично проявление на някои психични разстройства.

4. Взаимоотношения с социалната среда.

Предвижда се да бъде описана и анализирана връзката между клиничните и социални проблеми. Как те са взаимозависими и се обуславят по между си. Как проявяваната симптоматика на психичното разстройство влияе. Как се отразяват основните и страничните ефекти от медикаментозната лекарствена терапия.

Ще бъдат диференцирани границите между стремежа към поддържане на положителни взаимоотношения и риска от злоупотреба с тях, чрез физическо или емоционално насилие, чрез злоупотреба с финансови средства или имущество на хората с психични разстройства (ще бъде осъществен паралел с темата, свързана с предпазване от злоупотреби).

Участниците ще бъдат стимулирани да споделят за състоянието на своите взаимоотношения с обкръжаваща ги среда. Ще се осъществи ролева игра за решаване на междусъседски конфликти.

Няколко срещи, свързани с темата, би следвало да са посветени на все по-навлизащите в настоящето (и бъдещи) информационни способности на комуникация. Все повече взаимоотношенията между съвременните хора биват под формата на общуване чрез интернет базирани приложения, платформи и социални медии. На клиентите ще бъде предоставена информация за основните видове информационни продукти, социални мрежи, търсещи машини, сайтове и мобилни приложения за общуване между хората.

На участниците ще бъде предоставена възможност на практика да използват интернет базирани информационни продукти за комуникация. Те ще бъдат стимулирани да споделят за свой опит с подобни платформи. Наред с това ще бъде обсъден и етикет за индиректно общуване. Няма как да бъде пропуснат и момента за споделяне на лична информация и злоупотреби. Ще бъдат обсъдени добри практики за опазване на личните данни и личното пространство. На клиентите ще бъде предоставена и информация за безопасно ползване на обсъдените интернет информационни продукти, както и за потенциалните рискове от злоупотреба.

5. Взаимоотношения с интимен партньор и сексуалност.

Ще бъдат обсъдени вербалните и невербални сигнали за наличие на интерес от страна на потенциален партньор. Сигналите за развитие на доверие и рапорт са следните: зрителен контакт, усмивка и смях, целенасочено започване и поддържане на разговор, търсене на пространствена близост или физически контакт.

Ще бъде обърнато внимание и на факта, че някои антипсихотични лекарствени медикаменти притежават странични ефекти, които могат да повлияят на сексуалността – да инхибират възбудата. Други лекарства могат да причинят наддаване на тегло или временна импотентност. Всичко това може да повлияе сериозно на сексуалната увереност на субекта. Ще бъдат споменати и полово преносимите болести и риска от непланирана бременност.

Ще се обсъдят възможностите за търсене и запознанство с потенциален партньор.

Ще се осъществи и ролева игра за запознанство, с цел връзка между участници-доброволци. Членовете на групата ще бъдат стимулирани да споделят положителен опит от свои връзки и добри практики за запознанство с потенциален партньор.

6. Същност на психичните разстройства и психиатричната диагноза, като фактор възпрепятстващ социалното включване.

Следващите срещи са посветени на разпознаване и контролиране на симптомите на психичните разстройства, като един от основните фактори за превенцията им.

С терапевтична цел, участниците в групата ще бъдат стимулирани да споделят свои преживявания, породени от психичните разстройства.

Важно е симптомите да бъдат описани правилно, за да бъдат диференцирани коректно. Ще се говори за значението на антипсихотичната медикаментозна терапия и психосоциалната рехабилитация при контролиране на симптомите на психичното разстройство.

7. Психично разстройство – предупредителните сигнали и медикаменти.

По желание, участниците ще споделят за своята дебютна криза. Често спомените от първите кризи са силно оскъдни или крайно рационализирани.

Ще бъде предоставена информация за предупредителните сигнали, продромите и дебютните кризи – общото и различното между тях, характерното и типичното, проявяващото се и скритото.

Ще се потърсят и спомени у лицата с психични разстройства, част от групата, за предупредителни сигнали, които вече могат да диференцират, че са имали.

Тази тема е разделена на няколко основни части. Първата е свързана с начина и реда на получаване на безплатни (или на преференциални цени) лекарствени медикаменти по реда на НЗОК. Участниците в групата ще бъдат стимулирани сами да изведат необходимите стъпки и съответния им документационен реквизит за възползване от реинбурсирани лекарства. Ще бъде направена схематична графика, стъпка по стъпка за необходимите действия за получаване на лекарствата.

- *Получаване на информация относно лечението с медикаментозни антипсихотични препарати.*

Груповата работа тук, ще бъде осъществена чрез реализиране на ролева игра, в която един от участниците в групата е пациент, а друг психиатър. Целта е пациентът да придобие повече информация относно основните и страничните ефекти от предписаната му медикаментозна терапия.

След това ще бъдат предоставени насоки и добри практики на комуникативни стратегии, с цел получаване на информация и консултация от медицинските специалисти.

- *Правилно и самостоятелно взимане на предписани лекарствени препарати.*

По време на работата по настоящата тема ще бъдат обсъдени основните правила за прием на предписаните лекарствени медикаменти.

- *Оценка на въздействието на приемани лекарствени препарати.*

Ще поговорим и за оценка на въздействието на приемани лекарствени препарати – идентифициране и осмисляне на основните и страничните ефекти от лечението и нуждата от корекция, договаряне на схемата за лечение. На участниците ще бъде предоставен модел на дневник, в който ежедневно схематично да отбелязват дали са приели предписаните им лекарствени медикаменти, дали е било по правилния начин и в точната доза, дали са се появили странични ефекти, дали лекарственият препарат влияе на симптоматиката на заболяването. Участниците ще бъдат научени как да диференцират потенциалните странични ефекти от предписаните медикаменти като тежки и леки.

Ще бъде осъществена ролева игра, в която един участник е в ролята на пациент, а друг в ролята на лекуващия го амбулаторен психиатър. Пациентът ще разговаря с лекаря относно появили се странични ефекти от предписаното лекарство и ще се договори за прецизиране на дозата, или вида на медикамента, или предписване на лекарства-коректори, с цел преодоляване на негативен ефект.

8. Същност и разлики между психотерапия, психиатрия консултиране.

Целта на тази тема е да информира участниците, като срещата (срещите) на групата по тази тема ще започне с търсене на отговор от тяхна страна какво според тях са психотерапия, психиатрия, психоанализата и психологическото консултиране. След като участниците предоставят своето мнение по въпроса, те ще бъдат запознати с информацията относно същността, приликите и разликите между тези направления.

Предвидено е осъществяване на няколко ролеви игри. Във всяка една от тях, по един участник ще бъде в ролята на клиент, а по един от другите участници в ролята, съответно на психотерапевт, психиатър и клиничен социален работник. Ще се стимулира инициативата на един и същ участник да влиза в ролята както на клиент, така и на терапевт, като накрая ще трябва да опише своето преживяване – как се е почувствал, каква е разликата през неговите очи, коя роля му е харесала повече.

9. *Психиатрично лечение – принудително, доброволно, начини на постъпване, законови права на пациентите.*

За всички тези аспекти на постъпване в болница ще се говори по време на груповата работа. Клиентите ще бъдат стимулирани да разкажат за постъпването си и престоя в психиатрични лечебни заведения, ако не представлява травматичен момент за тях. Участниците ще бъдат информирани за своите права по време на лечението избор на лекарски екип и предпочитания за медикаментозна терапия (например, която пациентът знае, че понася по-добре).

- *Дееспособност, запрещение и граждански права.*

Фокусът на работа при тази тема е поставен върху института на запрещението. Ще бъдат обсъдени пълното и частичното запрещение. Ще се говори за същността на запрещението, какво то представлява, кога е необходимо да се приложи. Важно е да се изяснят причините, поради които субектът бива поставян под запрещение и да се повиши степента им на интериоризация от страна на участниците в групата. Те ще бъдат информирани и за правата, задълженията и отговорностите, които притежават, дори ако са запрети. Важно е да се отбележи и отговорността на настойника – какви задължения има спрямо своя запретен и спрямо обществото, като например отчетността на настойника пред местния кмет. Няма да бъде пропусната и темата, свързана с потенциалния риск от злоупотреби от страна на настойника – емоционално, физически, с финанси и/или имущество, както и чрез ненеобходими психиатрични хоспитализации на запрети. Участниците ще бъдат информирани как да постъпят, ако настойникът им злоупотребява спрямо тях по някакъв начин.

- *Стигма и антидискриминация – запознаване с правата, институциите за съблюдаването им и как да бъдат търсени.*

Участниците ще бъдат стимулирани да споделят ситуации, в които са били дискриминирани или стигматизирани. Ще се акцентира върху преживелищния им опит от ситуацията, с цел терапевтична интерпретация. Ще бъде осъществена ролева игра, в която единият от участниците е в ролята на стигматизиращ, а другият на стигматизиран. След това ще бъдат изследвани преживяванията и чувствата и на двамата участници, съобразно ролевите им изисквания.

- *Запознаване с видовете полагаеми помощи и социални услуги.*

Ще бъде обсъден реда за кандидатстване и получаване на експертно решение от ТЕЛК, което е основният документ, необходим за кандидатстване за почти всички социални помощи и социални услуги. Участниците ще бъдат насърчени да споделят, ако знаят за други преференциални възможности, поради наличие на инвалидиращо заболяване. Ще има и поле, в което те да разкажат за своя опит и предизвикателства по време на кандидатстване за социални услуги или финансова подкрепа.

Ще бъде осъществена ролева игра – кандидатстване за финансова помощ в приемната на Дирекция „Социално подпомагане”, в която един участник-доброволец ще бъде в ролята на клиент, а друг на социален работник.

- *Рационално разпределяне на бюджет.*

В групов контекст ще бъдат изследвани вариантите за рационално разпределение на финансовите средства, чрез предварително извеждане на приоритетни нужди. Важно е да се спомене, че правото на разпределение на личните средства е персонално и всички потребности, приоритети и нужди, трябва да са съобразени с конкретната личност, а не с общоприетите приоритети (като битови сметки, храна, лекарствени медикаменти и други). Все пак трябва да се намери баланс между задоволяване на личните приоритети и на базовите необходими от храна, отопление и лекарствени медикаменти.

- *Рационално хранене – същност, видове, начини за приготвяне на храна.*

Настоящата част от темата ще бъде посветена на храненето. Ще обсъдим пресечната точка между хранене и физическото, и психическо здраве. Ще бъде предоставена информация за различните видове храни, тяхното съдържание – положително (витамини, протеини, въглехидрати и други) и отрицателно (консерванти, стабилизатори, оцветители и други).

Ще се акцентира и върху психосоциалния аспект на храненето. То винаги е било процес на комуникация и принадлежност в група, процес на междуличностни интеракции. То може да се случва в неформална среда с приятели, или под формата на бизнес среща чрез обяд или друго хранене. Колегите в службата обикновено се хранят заедно, клиентите на социалните услуги също. В почти всяка социална услуга, клиентите поне един път в седмицата, приготвят сами за себе си, заедно, храната си, а в услугата защитено жилище, това се случва дори всеки ден.

- *Прекомерна употреба на храни и напитки*

В хронологичен ред, след темата за рационалното хранене, трябва да се обърне внимание и на рисковете от злоупотреба с храни и напитки. Редовната прекомерна консумация на големи количества води до рискове за здравословното състояние – риск от наднормено тегло, диабет, сърдечно съдови заболявания и редица усложнения, които се появяват от тези хронични заболявания.

Участниците в групата ще бъдат стимулирани сами да изведат храните и напитките, с които знаят, че не трябва да се злоупотребява – алкохол, кафе, енергийни напитки, захарни изделия. Ще се говори и за тютюнопушенето. Ще бъдат изведени количествата на нормална употреба на храни и напитки. Предвижда се и обсъждане на рисковете от регулярната им прекомерна консумация.

- *Употреба и злоупотреба с психоактивни вещества.*

В тази част от темата ще бъде обсъдена злоупотребата с алкохол, наркотици и медикаменти. Всички изброени влияят негативно върху човешкото здраве, както физически, така и психически. Ще стане дума и за рисковете и въздействието при лечението с антипсихотични лекарствени препарати и употребата на психоактивни вещества.

В групова ролева игра, няколко от участниците ще симулират ситуация на провеждане на парти. На партито е поканен друг участник, който трябва да откаже тяхната покана да консумира алкохол, поради факта, че приема антипсихотични лекарствени медикаменти.

10 Хронични соматични заболявания и социално значими заболявания.

По време на срещите, посветени на настоящата тема ще стане дума и за социално значимите заболявания – какво представлява този термин, кои са социално значимите заболявания, какви профилактични и превенционни мерки могат да бъдат предприети. Ще се говори и за корелацията между начин на живот и развитие на социално значими заболявания.

Участниците в групата ще бъдат помолени, но само при наличие на изрично от тях желание, да споделят за свой опит от контролиране на коморбидност от хронични заболявания – психично разстройство и социално значимо заболяване.

11. Положително мислене, духовни практики, автмотивиране – същност и приложение.

По време на предварителна среща, участниците ще бъдат мотивирани да подготвят материали за духовни практики, които са им интересни. Водещият също трябва да подготви тема за подобна духовна практика. По време на груповата работа по темата, материалите ще бъдат представени обсъдени по критичен и рационален начин. Ще се поговори за рисковете от прерастване на духовните практики в секти и потенциалната злоупотреба с вярата, личността и имуществото на човек.

Групата ще бъде запозната с модели на самомотивиране. Ще бъде предоставена информация за същността на мотивите и техники как вътрешно да се мотивираме. Предвижда се осъществяване на ролева игра. Преди стартиране на играта трябва да бъдат изведени цели за постигане, като например, намаляване на броя изпушени цигари или изпити кафета, стриктно приемане на предписаната медикаментозна терапия, ограничаване консумацията на вредни храни или други. По време на играта, участниците ще се опитат един друг да се мотивират за постигане на определена цел.

Ще се засегне и темата за самопознанието на участниците в групата. Те ще бъдат стимулирани да споделят свои силни личностни черти, специфичен житейски опит, като личностен ресурс, преодолени житейски трудности, лични цели, смисъл, онтологични изводи и мотивация (Препоръчва се осъществяване в рамките на до 3 срещи, в зависимост от желанието на участниците, заявеният от тях интерес и подготвените материали).

Ще бъде акцентирано върху това, че саморазвитието не трябва да бъде сравнявано от страна на субекта с това на другите участници. Личностното развитие се определя като „прогресираща онтогенетична промяна на тези когнитивни, афективни и волеви активности на индивида, които в своята съдържателна, структурна и процесуална цялост определят насочеността и оптималността в развитието на неговото самосъзнание и съответстващото им поведение” (Николаева, С., 2000, с. 26). Очакванията към

участниците би следвало да са за саморазвитие и самоактуализация на максимално за конкретния субект (а не по принцип) индивидуално ниво.

12. Интелигентност.

При тази групова среща, водещият ще запознае участниците с теориите и същността на – IQ и EQ. Ще се поговори и за измерването на интелигентността, и най-вече за митовите, свързани с нейните стойности. Много от лицата с психични разстройства, по време на болничен престой или във връзка с изготвяне на необходимия документационен реквизит от изследвания за получаване на експертно решение на ТЕЛК, са били обект на подобно измерване.

- *Значение на емоционалната интелигентност за превенция на социалното изключване*

Ще стане дума за емоционалния живот при наличие на хронично психично разстройство. Как болестта влияе на емоционалните преживявания и емоционалното нивелиране.

Ще бъде осъществена групова игра. Водещият ще показва и вербализира емоция чрез мимика и жест, която групата ще трябва да повтори и изрази.

Ще се акцентира върху правилното разпознаване на емоциите и изкуството на управлението им. Участниците ще бъдат мотивирани до следващата среща целенасочено да наблюдават, изследват и впоследствие опишат своя емоционален свят.

Ще бъдат обсъдени методи и средства като арт-терапия, музикотерапията, зоотерапията, смехотерапията и други. На предварителна среща, клиентите ще бъдат стимулирани те също сами да потърсят методи за емоционална активизация (които са им интересни) и да ги представят.

Ще се обърне внимание на значение на емоционалните взаимоотношения за осъществяване на социално включване – ключовата роля на емоциите и управлението им при осъществяване на интерперсонални интеракции, взаимодействие с определена социална група и общността.

13. Доброволчество и включване в съвместни инициативи в общността

Доброволството и включването в съвместни масови инициативи ще бъдат разгледани в контекста на превенция на социалното изключване. Както вече споменахме, важно за общността е да има собствен опит от осъществени интеракции с групата на лицата с психични разстройства.

В подобни масови инициативи, хората с ментални проблеми могат да покажат, че в състояние на ремисия са напълно същите, като всички останали хора. При все това, в подобни инициативи, лицата с психични разстройства ще покажат и че са полезни за общността и обществото, чрез помощта си. Пример за идеална възможност за включване в подобна инициатива е ежегодния ден на масово почистване на страната („Да изчистим България за един ден“).

14. Трудовата заетост като фактор за превенция на социалното изключване

По време на груповата работа ще се акцентира на факта, че всяка трудова дейност е просоциална дейност и че труда има полиаспектна положителна страна за субекта – осигуряване на финансово възмездие, лична удовлетвореност, принадлежност към социална група, осигуряване на социални контакти, подкрепяща среда и други.

Няма да бъде пропуснат и юридическият етап от кандидатстване за работа на лица с увреждания, притежаващи експертно решение на ТЕЛК. Експертизата на работоспособността (особено при психичните разстройства) препоръчва специален режим на работа, както и редица ограничения за полагане на труд (например, нощен труд или работа, свързана с психическо натоварване).

Продуктите, които се получават в резултат от трудово-терапевтичните дейности също са незаменима възможност за комуникация с общността. При досег до един продукт, потребителят (или потенциалният потребител) започва да живее с него, особено когато продуктът е натоварен с история на изработване. Подобна отлична възможност са предоставяните безвъзмездно на социални предприятия щандове за излагане и продаване на продукцията (на коледни базари, в големи търговски центрове и други).

Участието по време на базарите на лицата, изработили продуктите, е гаранция за това, че продуктът да бъде натоварен с история. От друга страна, подобно участие предоставя отлична и незаменима възможност на самите лица с психични разстройства да упражняват своите социални и комуникативни умения в напълно реална среда.

15. Трудова заетост.

- *Кариерно информиране*

По време на работата по настоящата тема, участниците ще бъдат запознати с всичко, свързано с реализация в сферата на трудовата заетост. Съвсем в свободен стил, на прима виста, участниците ще бъдат стимулирани да споделят своите желания и критерии при избор на трудова заетост. Освен идентифициране на индивидуалните желания за работа, ще бъде изследван и капацитета, и потенциала за съответен избор на професия. За целта е препоръчително да се използва методика за кариерно ориентиране, която няма за цел (нито претендира) да извършва процес на кариерно ориентиране, а да спомогне на участниците да напаснат очакванията и желанията си за трудова заетост, спрямо индивидуалните си образование, квалификация способности и капацитет. След това при обсъждане трябва да се намери приемлив баланс между желаната работа, субективните възможности и предлаганите свободни работни места. Съобразно откритите свои способности, резултатът от груповите срещи, свързани със сферата на трудовата заетост ще бъде превенция на автостигматизиращото отношение, което често възпрепятства кандидатстването и постъпването на работа.

- *Мотивация за намиране и задържане на работа.*

Като естествено продължение на темите, свързани с трудова заетост е и настоящата. При груповата работа тук ще се цели да се изследват трудовите ценности, готовността за постъпване на работа и очакванията към същността на труда, взаимоотношенията с работния колектив и очакваното заплащане. Тук отново е препоръчително използване на стандартизирани методики за изследване на трудовите ценности и трудовата мотивация (методиката на Хофстеде и други).

Предвижда се в една групова среща да бъдат поканени лица с психични разстройства, които са успели да контролират симптоматиката на болестта си и са се реализирали в успешен кариерен път. Те ще споделят своя опит и добри практики за справяне с предизвикателствата при намиране и задържане на работа, как са преодоляват възникващите проблеми и предизвикателства.

Ще бъдат поканени и работодатели, които преимуществено наемат лица с психични разстройства или такива, които имат интерес в сферата и биха ги наели. Ще се представи и гледната точка на работодателя, спецификата, която среща при работата със своите служители, ще се дадат ценни насоки, съвети за кандидатстване и задържане на работа, както и за ползите за субекта от това да се упражнява труд.

- *Намиране на обяви за работа. Трудов опит на участниците в групата*

Работата по тази тема ще започне с групов брейн-сторминг за потенциалните източници за предлагане на свободни работни места. Освен идеи, участниците в групата ще трябва да споделят и свой опит, относно източниците, чрез които са си намирали работа.

Членовете на групата ще бъдат запознати с източниците на свободни работни места – къде могат да намерят обяви за работа, как да задават критерии за търсене и как да получават повече информация относно самите позиции.

- *Изготвяне на автобиография и кандидатстване за работа чрез интернет*

В групов контекст, по време на работата по тази тема, на участниците ще бъдат предадени знания и умения за изготвяне на автобиография по модел, както и на мотивационно писмо. Ще се обсъдят начините, разновидностите, реда и спецификата при изработване на CV и мотивационно писмо.

След изготвяне на необходимия документационен реквизит, участниците ще бъдат запознати с начина за депозиране на документи за кандидатстване за работа онлайн – чрез имейл (www.abv.bg) и чрез специализирани за целта платформи (www.jobs.bg).

- *Поведение по време на интервю за работа и/или други асесмънт процедури*

След вече обсъдените в групата процедури по намиране на свободни работни места и процедурите по кандидатстване, следва да се обсъди поведението, облеклото и речта по време на интервю за работа и/или асесмънт процедури.

Първоначално участниците ще бъдат мотивирани да разкажат за свой опит от интервюта за работа. Споделеният опит ще бъде обсъден критично. Ще бъдат

предоставени примери за добри практики за поведение по време на интервюиране за свободно работно място.

Ще бъде осъществена ролева игра, в която един от участниците е в ролята на работодател, а друг в ролята на лице търсещо работа.

- *Вписване в работния колектив.*

Предпоследната част от темата, свързана с трудовата заетост е посветена на вписване на новата работа в индивидуалния ритъм на живот на клиента. Ще се акцентира и върху задържане на работното място.

От най-силна подкрепа, лицето с психично разстройство, има нужда при постъпване на нова работа, вписване в работния колектив и задържане на работата. Това е дълъг и сложен процес, който трябва да бъде подкрепен и проследен от социалния работник. Въпреки всичко обаче, специалистът няма как да бъде постоянно със своя клиент. Затова на участниците ще бъдат предоставени добри практики (включително и от техния трудов опит) за вписване на новото работно място.

- *Психични разстройства и трудоспособност*

В последната тема, свързана с превенция на социалното изключване чрез упражняване на трудова заетост, е посветена на това как на представянето в работна среда влияе на симптомите на психичното разстройство, приема на антипсихотични лекарствени медикаменти и потенциалните странични ефекти от медикаментите. Проблемите свързани с тези фактори, са присъщи за всички лица с психични разстройства, упражняващи трудова заетост. Целта е участниците в групата, сами да предложат идеи за справяне с изброените предизвикателства. Споделеният опит и идеи ще бъдат обсъдени критично в групов контекст. Ще бъдат предоставени и модели на добри практики за справяне с тях.

16. Потенциални източници на подкрепа за социално включване.

По време на срещите, свързани с настоящата тема, на участниците ще бъде предоставена информация, относно източниците на подкрепа. При нужда те биха могли да се възползват от местния спешен психиатричен кабинет, Дирекция „Социално подпомагане“, отделите за социални дейности в общините, неправителствени организации, медии, ресторанти, предлагащи храна за хора в нужда, специализирани социални услуги, интернет базирани платформи, предлагащи помощ от доброволци и други.

Ще бъде потърсен опит от самите участници в групата за идентифицирани от тях потенциални източници на подкрепа и ресурси, които да споделят.

- *Оценка на кризисни ситуации, застрашаващи социалното включване*

В групов контекст, ще бъдат изведени основните и най-тежки кризисни ситуации, които могат да възникнат в живота на човек – смърт на близък човек, прекратяване на трудово правоотношение, злоупотреба с личността, суицидни наклонности и други.

Ще стане дума как най-навременно да бъдат идентифицирани изведените житейски рискове и как субектът да се справи с тях. Ще се направи релации към предходни теми от

груповата работа, свързани с идентифицирани на потенциална подкрепа и методи за анализиране и прогресивно решаване на проблема.

- *Предпазване от злоупотреби*

Лицата с психични разстройства са едни от най-честите жертви и обект на престъпления, злоупотреби, кражби, сключване на неизгодни сделки и договори, злоупотреба с лични данни, физическо и сексуално насилие и други. Имотната мафия в големите градове се възползва предимно от лица с ментални проблеми, които впоследствие остават без пари и подслон. Участниците ще бъдат информирани за най-разпространените и известни схеми на злоупотреба, както и начини и модели за предпазване от тях.

Участниците ще имат възможност, ако желаят да споделят свой опит, при който са били обект на определена злоупотреба, с цел предоставяне на опит и изграждане на поведенчески стратегии за справяне с подобни ситуации.

- *Използване на обществен транспорт*

В групата, участниците ще бъдат стимулирани да изведат причините за това негативно отношение. Съобразно изведените причини, ще бъдат изработени съответстващи им мерки за парирането им.

Ще се акцентира върху добрия външен вид (за който вече говорихме в предишни теми) и контролиране на симптомите, като едни от основните фактори за безпроблемно използване на обществения транспорт.

- *Продължаващо образование и квалификация*

Настоящата тема е свързана с продължаващото образование. Ще си поговорим за идентифициране на нуждата от допълнително образование и/или професионална квалификация. Ще се акцентира и върху ползите от това.

Ще бъдат идентифицирани възможностите за продължаване на образованието и за учене през целия живот (формално или неформално), както и повишаване на професионалната квалификация. Ще се предоставят актуални възможности за платени и безплатни квалификационни програми (по проекти и програми; обучения и квалификационни курсове към Дирекция „Бюро по труда” и други институции).

- *Културни и масови мероприятия*

По време на срещите, свързани с реализиране на настоящия модел се предвиждат и групови посещения на културни мероприятия – посещение на театър, опера, балет, цирк, кино, базари, изложби, галерии, музеи, дни на отворени врати, други градове, местности, курорти и други.

- *Запознаване с актуални проекти и програми.*

В една от последните теми, участниците ще бъдат запознати с всички актуални програми и проекти, в които те могат да се включат или възползват, и/или които са подходящи за тях.

На участниците ще бъде показано как сами да търсят информация за подобни проекти и програми – да идентифицират критериите за включване, сроковете за възползване, необходимите стъпки, ресурси и документи за кандидатстване.

17. Други теми по избор.

Допустимо е, а и участниците ще бъдат стимулирани да предлагат теми, свързани с превенция на социалното изключване на лица с психични разстройства. Чрез водещия, идеите за теми ще бъдат предварително поставяни пред групата за одобрение.

Предложилият темата член на групата, ще вземе участие в представянето ѝ, самостоятелно или заедно с водещия (по негов избор) (Броят на срещите е в зависимост от желанието на участниците, заявленият от тях интерес и подготвените материали).

18. Как да се приложи наученото в Клуб „Включени” на практика в бъдеще?

В груповата работа по настоящата тема ще стане въпрос, че превенцията на социалното изключване е палитра от множество дейности, които би следвало да са постоянна част от ежедневието ни.

Лицата с психични разстройства (членове на групата) ще бъдат мотивирани сами да изведат практически стъпки как ще прилагат видяното, наученото и преживяното по време на груповите срещи.

На участниците ще бъдат предоставени практически съвети, базирани на поведенчески стратегии, както и съвети за осъществяване на целеполагане и диференциране на стъпките за постигане на определени цели и решаване на конкретни проблеми.

19. Заключителна среща.

В последната среща от работата по превенция на социалното изключване, на клиентите ще бъдат изказани благодарности за участието. Ще бъдат осъществени оценка и изводи от работния процес. Ще се потърси анонимна обратна връзка от участниците за Клуб „Включени” за удовлетвореността им от участието и за изразяване на потенциални забележки и препоръки.

IV.5. Апробиране на Интегративен практико-приложен модел „Включени”

Въпросник № 2 съдържа следните вече описани две методики: „Многомерна скала за възприятие на социалната подкрепа – MSPSS” на D. Zimet и авторска модификация на Скала за дискриминация и стигма – DISC-12. Единствената разлика при приложението и на двата инструмента е в това, че на респондентите е предоставена инструкция, че трябва

да предоставят отговорите в контекста на случилото им се през последните три месеца (същият период, в който бе осъществена груповата работа). Важно е да се направи уточнението, че при работата с психиатрични пациенти, като измерим, значим и успешен белег за работата се счита и спиране на влошаването. Задържането за дълъг период на едно и също ниво на социално функциониране е значим емпиричен резултат за успешна работа, тъй като поради спецификата на психичните разстройства, прогресирането на проявленията от психопатологичен характер е част от обичайното им протичане.

В следващите две таблици (*Таблица № 3 и Таблица № 4*) са представени резултатите преди и след осъществяване на тримесечната груповата работа, за нивото на социална подкрепа, спрямо изследваните лица.

Табл. 3: Резултати по скали от Многомерна скала за социална подкрепа MSPSS за групата изследвани лица от социалните услуги Дневен център, Защитено жилище и програма за клинична социална работа на терен в гр. София (Група А) – резултати преди и след осъществяване на група за психосоциална рехабилитация по създадения Модел (в брой събрани точки).

№ на изсл. лице	Бр. точки от скала: Социална подкрепа от семейството	Нови стой-ности	Бр. точки от скала: Социална подкрепа от приятелите	Нови стой-ности	Бр. точки от скала: Социална подкрепа от „значими други”	Нови стой-ности
1	4	2	4	4	4	4
2	0	2	4	3	4	4
3	4	3	4	4	3	3
4	3	3	4	4	4	3
5	2	2	3	3	4	4
6	4	4	3	3	4	4
7	4	4	4	4	4	4
8	4	4	4	4	4	4
9	0	1	4	4	4	4
10	4	4	4	3	3	3
11	3	3	4	4	4	4
12	2	3	3	4	4	4
13	4	3	3	4	4	4
14	4	4	4	4	4	4
15	3	3	3	3	2	4
16	3	4	4	4	3	3
17	2	3	4	4	4	4
18	4	4	3	4	4	3
Среден бр. точки	3	3.11	3.67	3.72	3.72	3.72

В *Таблица № 3* са представени резултатите по скали от Многомерна скала за социална подкрепа MSPSS за групата изследвани лица от социалните услуги Дневен център, Защитено жилище и програма за клинична социална работа на терен в гр. София (Група А) – резултати преди и след осъществяване на група за психосоциална рехабилитация по описания Интегративен практико-приложен модел. От средно аритметичния брой събрани точки се забелязва ясна и категорична тенденция към подобрене в социалните релации между изследваните лица и тяхното приятелско и роднинско обкръжение. По скалата „социална подкрепа от роднините”, резултатът е 3 точки преди осъществяване на груповите дейности, срещу съответно 3,11 след края на работата. Резултатите по скалата „социална подкрепа от приятелите” са 3,67 преди, срещу 3,72 след края на групата.

Единственият с абсолютно същите стойности е резултатът по скалата „социална подкрепа от значимите други” – 3,72. Инструментариумът не отчита измерима промяна у участниците, която да е довела до последваща промяна в отношението на значимите

други спрямо тях. От такъв красноречив резултат свободно може да бъде направен извод, че общността реагира много по-ригидно към промяната, в сравнение с хората с психични разстройства.

Изследваната Група Б показва по-добри резултати, в сравнение с Група А. тази тенденция се запазва и при резултатите от следващия използван инструмент. Това може да се дължи на факта, че Група Б е новосформирана – участниците не се познават по между си, не познават и водещия, и никога не са били бенефициенти на модел за психосоциална рехабилитация. Този резултат е значимо емпирично доказателство за правилното и съответстващо на целта функциониране на интегративния практико-приложен модел „Включени”.

Табл. 4: Резултати по скали от Многомерна скала MSPSS за групата изследвани лица от социалната услуга Център за социална рехабилитация и интеграция за хора с психични разстройства в гр. София (Група Б) – резултати преди и след осъществяване на група за психосоциална рехабилитация по създадения Модел (в брой събрани точки).

№ на изсл. лице	Бр. точки от скала: Социална подкрепа от семейството	Нови стойности	Бр. точки от скала: Социална подкрепа от приятелите	Нови стойности	Бр. точки от скала: Социална подкрепа от „значими други”	Нови стойности
1	4	3	2	4	2	3
2	4	4	4	3	4	3
3	4	4	2	2	3	4
4	3	4	0	3	3	3
5	4	4	4	4	3	3
6	4	4	3	3	3	4
7	4	4	2	2	2	3
8	4	4	4	4	4	4
9	4	4	2	1	3	3
10	3	4	0	3	3	4
11	4	4	4	4	3	2
12	4	4	3	3	3	3
Среден бр. точки:	3,8	3.92	2,50	3	3	3.25

В Таблица № 4 са представени резултатите по скалите от Многомерна скала за социална подкрепа MSPSS за групата изследвани лица от социалната услуга Център за социална рехабилитация и интеграция на хора с психични разстройства в гр. София (Група Б) – резултати преди и след осъществяване на групата за психосоциална рехабилитация по описания Интегративен практико-приложен модел. И при втората изследвана група в експерименталния етап, от средно аритметичния брой събрани точки се забелязва ясна и категорична тенденция към подобряване на социалните релации между изследваните лица и тяхното приятелско и роднинско обкръжение. По скалата

„социална подкрепа от роднините” резултатът е 3,8 точки преди осъществяване на груповите дейности, срещу съответно 3,92 след края на работата. Резултатите по скалата „социална подкрепа от приятелите” са 2,50 преди, срещу 3,00 след края на групата.

За разлика от групата участници-потребители на социалните услуги „дневен център”, „защитено жилище” и мобилна клинична социална работа, при клиентите на центъра за социална рехабилитация и интеграция се наблюдава разлика в стойностите и по третата скала „социална подкрепа от значимите други” – 3,00 преди провеждане на тримесечния курс и 3,25 след края му. Този път, инструментариумът отчита измерима промяна у участниците, която е довела до последваща промяна в отношението на значимите други спрямо тях.

Цифровите стойности преди и след провеждане на групата не показват високи разлики в стойностите, но са белег за резултат с висока емпирична стойност. Ясно очертана е тенденцията към подобряване на взаимоотношенията и с трите основни социални групи в обкръжението на изследваните лица – роднини, приятели и значими други.

В Таблица № 5 са представени средноаритметични резултати за всеки един айтем от авторската модификация на Скала за дискриминация и стигма – DISC-12. Описани са стойностите преди и след осъществяване на груповата работа по Интегративния практико-приложен модел „Включени” и за двете групи от експерименталния етап на изследването – Група А (18 потребители на социалните услуги „защитено жилище”, „дневен център” и клинична социална работа на терен) и Група Б (12 потребители на социалната услуга „център за социална рехабилитация и интеграция”).

Табл. № 5: Средни аритметични стойности за различните групи изследвани лица по всеки айтем от авторска модификация на Скала за дискриминация и стигма – DISC-12 (Група А: включва 18 клиенти на социалните услуги „дневен център, защитено жилище” и клинична социална работа на терен; Група Б: включва 12 клиенти на социалната услуга „център за социална рехабилитация и интеграция”).

ВЪПРОС	Резултат за група А	Нови стойности за гр. А	Резултат за група Б	Нови стойности за гр. Б
Поради психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас несправедливо Ваши съседи ?	2	2	2	2
Поради психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас несправедливо Ваши роднини ?	1,71	1,67	1,67	1,57
Поради психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас несправедливо по време на Вашето образование ?	1,57	1,57	2	2
Поради психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас несправедливо при търсене на работа ?	2,57	2,50	2,5	2,37
Поради психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас несправедливо при използване на обществения транспорт ?	2	1,87	1,5	1,3
Поради психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас несправедливо лекарите ?	1,86	1,77	2,17	2,01
Поради психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас несправедливо социалните работници ?	1,86	1,86	1,3	1,1
Поради психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас несправедливо полицаяте ?	1,42	1,42	1,3	1,3

Поради психичен проблем, отказвал/а ли сте се сам/а да кандидатствате за работа ?	2,3	1,9	2,17	1,67
Поради психичен проблем, отказвал/а ли сте се сам/а да създадете интимна връзка ?	2,3	2,2	1,7	1,5
Налагало ли Ви се е да скриете от другите хора за психичните си проблеми?	2,3	2,3	2,3	2,2
Поради наличие на психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас по-благоприятно роднините ?	2,4	2,4	3	3
Поради наличие на психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас по-благоприятно съседите ?	2,7	2,87	2,17	2,17
Поради наличие на психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас по-благоприятно интимния партньор ?	1,86	1,97	2,3	2,4
Поради наличие на психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас по-благоприятно лекарите ?	2,56	2,8	3,17	3,21
Поради наличие на психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас по-благоприятно социалните работници ?	2,86	3	3,3	3,4
Поради наличие на психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас по-благоприятно полицайте ?	2,43	2,43	2,67	2,67
Поради наличие на психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас по-благоприятно по време на Вашето образование ?	2,57	2,57	2,5	2,5
Поради наличие на психичен проблем, отнасяли ли са се с Вас по-благоприятно при търсене на работа ?	1,71	1,71	2,5	2,6
Запрещението затруднява ли пълноценния живот на човек?	2,14	1,91	2,5	2,00
Нужни ли са законодателни промени за включването на лицата с психични разстройства в обществото?	3	3,4	2,67	2,82
Доколко сте съгласен/на, че включването в обществото зависи от увеличаване на пенсиите и помощите?	3,14	3,14	3,5	3,6
Бил/а ли сте окачествяван/а като агресивен/а , заради психичното си разстройство?	3,43	3,43	2,3	2,3

По айтема, свързан с проявяване на по-несправедливо отношение спрямо хората с психични разстройства от страна на роднините им, се наблюдава положителна тенденция и при двете групи. Преди и след осъществяване на груповата работа, стойностите при потребителите на социалните услуги „защитено жилище” и „дневен център” са съответно 1,71 срещу 1,67. Негативното отношение от роднините е намаляло и при потребителите на центъра за социална рехабилитация и интеграция, при които средната стойност по петстепенната ликертова скала преди осъществяване на груповия процес е била 1,67, а след приключването му – точно с десет десети по-малко. Роднините са по-склонни в промяна на отношението си спрямо своите близки с психични разстройства, които са подобрили социалните си умения чрез Интегративния практико-приложен модел за психосоциална рехабилитация.

Подобна благоприятна тенденция за редуциране на несправедливото отношение се забелязва и в процеса на търсене на работа. Макар и с 0,7 пункта е намаляло по-несправедливото отношение по време на търсене на работа при представителите на Група А (от 2,57 на 2,50). При изследваните лица от Група Б стойностите са още по-показателни – от 2,50 на 2,37. Тези резултатите са обусловени от интегрираните от страна на участниците в груповата работа знания и умения, благодарение на които по-добре са се представили по време на процедурите за търсене, кандидатстване и подбор за работа. Резултатът е потвърден и от съответния реверсивен айтем по Скалата. При Група А, няма промяна в това дали поради наличие на психичен проблем, с изследваните лица са се отнасяли по-благоприятно при търсене на работа (1,71). При втората изследвана Група Б, се наблюдава лека промяна от 2,50 пункта преди осъществяване на групата, до 2,60 след края ѝ. На какво се дължи този резултат бе изследвано по-задълбочено. Оказа се, че тези стойности са обусловени от факта, че след като едно от изследваните лица е разкрило за наличието на психично разстройство, то е било наето на работа. Работодателят е ръководител на обединено детско заведение, който има политика на една определена длъжност да наема хора с психични разстройства и именно разкриването наличието на подобно заболяване, изиграва ключова роля лицето да бъде наето на трудово правоотношение.

Емпиричната стойност на изводите се потвърждава и от резултатите по айтема, свързан с автостигматизиране чрез доброволен отказ от кандидатстване за работа на базата на психичноздравен признак. В основната изследвана група (Група А) стойностите преди провеждане на груповите срещи са били от 2,30, а след тях 1,90. При изследваните лица от контролната група (Група Б) тенденцията се запазва, като стойностите са били 2,17 преди участие в груповите срещи и 1,67 след края им. Това означава, че участниците са били успешно мотивирани и в това да си търсят работа. Превенцията на социалното изключване е най-успешна именно чрез намиране, постъпване и задържане на работно място.

И при двете групи от експерименталния етап на настоящото изследване се измерва наличие на положителна промяна при социалните релации между участниците и техните партньори. Поради наличие на психичен проблем, по-благоприятно са се отнасяли интимните партньори на участниците от Група А, преди груповите срещи – 1,86 и след тях 1,97. При втората изследвана група лица, ползващи социалната услуга „център за социална рехабилитация и интеграция”, средните стойности на разликата в резултатите по същия айтем е идентична – от 2,30 на 2,40 (*Вж.: Таблица № 5*).

След като изследваните лица завършиха своето участие в дейностите по превенция на социалното изключване чрез психосоциална рехабилитация в група по темите на Интегративния практико-приложен модел, техните интеракции с медицинските специалисти също отбелязаха значима положителна емпирична разлика. При Група А, средните стойности на подобрение са по-забележими – по-благоприятното отношение клони към добро с резултат от 2,56 на 2,80. Същата тенденция, макар и с по-консервативен числов израз на резултата се наблюдава и при Група Б – от 3,17 преди участие в груповата работа, на 3,21 след приключването ѝ.

Друга иновация (доказана и с висока емпирична стойност) в настоящия Интегративен практико-приложен модел е темата, свързана със запрещението. Сред хората с психични разстройства (включително и изследваните в настоящето емпирично проучване лица) съществуват митове и неточна информация относно същността,

значението, ползите и вредите от института на запрещението. Затова след протичане на груповата работа, участниците и от двете групи повишиха своите знания относно видовете дееспособност и се пребориха с неверни закостенели митове, свързани с нея. При изследваните лица, принадлежащи към групата клиенти на дневния център, защитеното жилище и клиничната социална работа на терен, средният резултат преди процеса на информиране дали запрещението затруднява живота е 2,14, а след него 1,91 (по петстепенната Ликертова скала, с позиция 1 – напълно не и 5 – напълно да). При групата клиенти на центъра за социална рехабилитация и интеграция разликата е още по-осезаема, като средната числова стойност се намалява от 2,50 на 2,00.

В контекста на законови идеи за промени в нормативната база, свързана с психичното здраве бяха и друга област от теми в проведената груповата работа. С тях е свързан и айтемът от Скалата за дискриминация и стигма „Нужни ли са законодателни промени за включването на лицата с психични разстройства в обществото?“. И двете групи изразяват положителен отговор. Представителите на тази целева група от дневния център и защитеното жилище са по-категорични в мнението си (3,40), в сравнение с участниците от центъра за социална рехабилитация и интеграция (2,82).

Интерес будят и стойностите преди и след осъществяване на груповата работа по айтема, свързан с това доколко включването в обществото зависи от увеличаването на социалните пенсии и помощи. В Група Б средните стойности на резултата се повишават от 3,50 преди груповата работа, до 3,60 след нея. В стойностите, предоставени от участниците в Група А няма промяна. Емпиричният резултат показва, че изследваните лица свързват много повече превенцията на социалното изключване със социалните умения, отколкото със социалните плащания.

Невъзможно е след тримесечен курс на психосоциална рехабилитация, независимо по кой специализиран модел, да бъдат измерени фрапантни числови разлики в стойностите по дадена променлива (независимо с каква методика се извършва измерването). От представените резултати в Таблица № 3, Таблица № 4 и Таблица № 5 на инструментите Многомерна скала за социална подкрепа MSPSS и авторската модификация на Скала за дискриминация и стигма – DISC-12 *се извежда устойчивата тенденция, с емпирично базирани стойности, че и двете изследвани групи показват подобрене на взаимоотношенията си с другите и повишаване на социалните им компетентности, повишаване качеството на социалните им релации с партньорите, близките и общността.* Резултатите показани от клиентите на социалната услуга „център за социална рехабилитация и интеграция“ (Група Б) са по-добри от резултатите на същата група, преди осъществяване на груповите дейности, но и по-добри от резултатите на другата изследвана група (Група А). Тези стойности са белег за пълноценното функциониране на Интегративния практико-приложен модел за психосоциална рехабилитация, тъй като изследваните лица от Група Б никога не са били бенефициенти на друг модел или груповата работа за психосоциална рехабилитация.

IV.6. Представяне и анализ на резултатите от експертна оценка на Интегративен практико-приложен модел „Включени”

Част от емпиричното изследване в настоящия дисертационен труд бе и осъществяване на *експертна оценка* на авторския Интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства, чрез психосоциална рехабилитация под формата на клинична социална работа в група.

Основната *цел* на приложения *метод на експертната оценка* бе да анализира, оцени, предостави препоръки, забележки и идеи относно същността, съдържанието, методите и техниките, предвидени в Модел „Включени”. За целта бе конструиран инструментариум за експертна оценка, представен в *Приложение № 13*.

Предвидените *задачи* в този етап на емпирично изследване от настоящия дисертационен труд са следните:

- Да се изготви инструментариум, благодарение на който да се проучи мнението на експерти в областта на психосоциалната рехабилитация на хора с психични разстройства за качествата и приложимостта на разработения Интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване при целевата група, чрез психосоциална рехабилитация под формата на клинична социална работа в група;
- Да се опишат мненията на експертите и да се изведат общи забележки, препоръки и насоки за подобряване на Модела;
- Да се оценят и анализират предоставените от експертите становища;
- На базата на предоставените от експертите становища, изведените заключения и препоръки да бъдат отразени, чрез корекции в характеристиката и съдържанието на Модела.

Основната *хипотеза* е, че разработеният Интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства чрез психосоциална рехабилитация под формата на клинична социална работа в група ще бъде оценен от експертите и професионалната общност като теоретично обоснован, практически приложим, иновативен и кореспондиращ с превенцията на социалното изключване при целевата група.

Използваните в този етап от емпиричното изследване *методи* са експертна оценка, математико-статистически методи за обработка на емпирични данни, анализ на емпирични данни, контент анализ, синтез, сравнителен анализ.

Бланката за експертна оценка съдържа общо 17 въпроса (10 въпроса с шестепенна ликертова скала, 3 напълно отворени въпроса и 4 въпроса, свързани с професионалната квалификация на участниците). Заедно с *бланката за експертна оценка*, на участващите специалисти бе изпратена и *информацията относно същността и съдържанието* на Интегративен практико-приложен Модел „Включени” (общо 37 страници), заедно с координати на автора, чрез които при потенциална необходимост, участниците да изискат допълнителна информация и разяснение.

В следващата Таблица № 6 са представени категориите и съответстващите им *променливи*, използвани за подготовка на експертната оценка.

Табл. № 6: Категории и променливи използвани при осъществяване на експертна оценка на Модел „Включени” от специалисти.

Категории	Променливи
Теоретична обоснованост	➤ Степен на теоретична обоснованост на Модела с подходящи и значими научни източници.
Иновативност	➤ Степен на иновативност на Модела в сферата на психосоциална рехабилитация на хора с психични разстройства под формата на работа в група.
Специализираност	➤ Степен на специализираност на Модела относно психосоциалната рехабилитация на хора с психични разстройства
Практическа приложимост	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Степен на приложимост на Модела в социални услуги: дневен център, защитено жилище, център за социална рехабилитация и интеграция; ➤ Степен на приложимост на Модела в дневен стационар на психиатрично лечебно заведение
Повишаващ компетенции у участниците	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Степен на възможност на Модела да повиши <i>социалните</i> компетентности на участниците; ➤ Степен на възможност на Модела да повиши <i>битовите</i> компетентности на участниците; ➤ Степен на възможност на Модела да повиши <i>здравните</i> компетентности на участниците
Роля на клиничния социален работник	➤ Степен на значимост на ролята на клиничния социален работник при прилагане на практика на Модела
Анализ на съдържанието на темите за групова работа	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Препоръки за отпадане на теми от съдържанието на груповата работа; ➤ Препоръки за добавяне на теми към съдържанието на груповата работа
Анализ на същността на Модела	➤ Препоръки за подобряване, и/или промяна и прецизиране темите, съдържанието, същността и/или др. на Модела

Извадка: участие в експертната оценка взеха 10 психичноздравни професионалисти. 8 от тях са от женски пол, а 2 от мъжки. Всички участници притежават образователно-научна степен доктор, в релевантна сфера с клиничната социална работа (психиатрия, педагогика, клинична психология и социална работа). Упражняваните от тях професии са следните: Преподавател във висше учебно заведение (проф., доц., гл. ас.), Клиничен социален работник, Клиничен психолог, Психотерапевт, Психиатър. Двама от привлечените експерти заемат академичната длъжност „доцент”, а други двама „професор”.

Институциите, в които гореописаните специалисти практикуват, са следните: неправителствена социална организация, дневен център за възрастни с психични увреждания, висше учебно заведение, психиатрична амбулатория и частна практика за психологическо консултиране.

Всички те са с различна длъжност и професионален опит в сферата на психичното здраве. Участникът с най-малко професионален опит притежава 3 години работа, а този с най-много опит е с 39 годишен стаж (средно аритметично, стажът за изследваната извадка е 20,5 години)

Резултатите от първите седем категории са кодирани в *шестепенна ликертова скала* със следните позиции: напълно липсва – 0, най-малка степен – 1, по-скоро малка степен – 2, средна степен – 3, по-скоро голяма степен – 4, най-голяма степен – 5. Те са представени със *средноаритметични стойности и чрез вариационен анализ*.

Първият въпрос цели да оцени мнението на експертите за степен на *теоретична обосновааност на Модела* с подходящи и значими научни източници. Средната стойност на резултата от всички изследвани експерти е 4,90 от максимални 5,00. Това ще рече, че мнението на психичноздравните професионалисти от конкретната извадка е значително над средното за категорията.

Средноаритметичният резултат по категорията, свързана с *иновативността* на Модела спрямо други модели за груповата психосоциална рехабилитация на хора с психични разстройства е 4,00. Шест от привлечените експерти предоставят мнение равно или над нормата за конкретната категория (от 3 до 5), а останалите четирима оценяват Модела със степен равна на долната граница на изведената норма.

Основният въпрос от третата изведена категория е свързан с идентифициране степента на специализираност на Модела относно психосоциалната рехабилитация на хората с психични разстройства. Създаденият модел би следвало да бъде адекватен и кореспондиращ конкретно с психосоциалните особености и потребности на целевата група от хора с психични разстройства. Средноаритметичният резултат е 4,80 от 5,00. Осем от експертите са отбелязали пета степен от скалата, а двама четвърта, което ще рече, че оценката на всички е категорично положителна и във високата степен на нормата.

Категорията *„практическа приложимост“* на Модела е изследвана чрез две твърдения. Първото е *„Степен на приложимост на Модела в следните социални услуги: дневен център, защитено жилище, център за социална рехабилитация и интеграция, мобилна клинична социална работа на терен“*. Тук средният резултат, предоставен от всички 10 експерти е максималният за скалата от 5,00. Компонентите и съдържанието на интегративния практико-приложен модел са създадени съобразно спецификата на предоставяната групова психосоциална рехабилитация в съществуващите у нас социални услуги. Вторият айтем от категорията е свързан със степента на приложимост на Модела в здравни услуги, като дневен стационар или отделение на психиатрично лечебно заведение. Средноаритметичният резултат е 4,70. Само един от експертите е предоставил отговор със степен 2,00, която е по-ниска от най-ниската норма за айтема – 3,70.

Следващата категория съдържа три айтема и е свързана с идентифициране на потенциала на интегративен практико-приложен модел *„Включени“* за повишаване на различни компетентности у участниците. Първият айтем е свързан с целта на Модела да повиши социалните умения на участващите в груповите дейности хора с психични разстройства. Средната стойност на предоставените отговори от експертите е 4,60. Осем от експертите са посочили петата степен на предоставената им ликертова скала, а двама са посочили степен три, като отговорите им са под долния норматив за айтема от 3,60.

Вторият въпрос от категорията е свързан с идентифициране на потенциала на Интегративен практико-приложен модел *„Включени“* за повишаване на *компетенциите на участниците, свързани с поддържане на бита*. Изключително важно при тази целева група е формиране на критичност към собствения външен вид, знания за значението и умения за поддържането на добра битова и лична хигиена, умения за разпределяне на финансови средства, за рационално пазаруване и други подобни. Изведеният нормативен диапазон за конкретната скала е от 3,00 до 5,00, като отговорите на двама експерти

попадат в долния край на нормата. Становищата на други двама са под нормата, а отговорите на останалите шестима психичноздравни професионалисти са във високите части на нормата. Благодарение на резултата от оценката на експертите по този айтем, темите от съдържанието на груповите дейности бяха доусъвършенствани, прецизирани и конкретизирани.

Последният въпрос от категорията, посветена на повишаване на редица умения у участниците е за здравните компетентности на участниците. Знанията и най-вече мотивираността за *водене на здравословен начин на живот* и превенция на социално значими заболявания, също са залегнали като част от съдържанието на темите по настоящия Модел. Средноаритметичният резултат на отговорите предоставени от респондентите е 4,50. Мнение със степени под долната граница на нормата от 3,50 е изразил един участник (2,00), а други два становища са с гранични стойности от 4,00.

Последната категория, оценявана чрез шестепенната Ликертова скала, е свързана със *значимостта на ролята на клиничния социален работник*. Според оценката на експертите, ролята на клиничния социален работник в изпълнение на дейностите по Модела е „ключова” в най-високата степен – 4,80. При долна граница на норма за конкретния айтем от 3,80, един психичноздрав професионалист е предоставил отговор в третата степен, а всички останали в пета. Ролята на клиничния социален работник в социалните услуги, предоставящи психосоциална рехабилитация за хората с психични разстройства е ключова и незаменима. Със същото значение е ролята на клиничния социален работник и в психиатричните здравни лечебни заведения, където за разлика от социалните услуги, подобна длъжност понякога липсва (като е заменена, например, от клиничен психолог) или броят на упражняващите я специалисти е крайно недостатъчен, за да обхване всички пациенти на лечебното заведение.

Следващата ключова категория от настоящата експертна оценка е „*Анализ на съдържанието на темите за групова работа*”. Тя бе изследвана чрез два отворени въпроса, целящи да стимулират експертите да предоставят мнение дали някоя от предвидените теми трябва да отпадне и дали трябва да се добавят допълнителни теми (и ако да, то какви). Резултатите са представени чрез метода на контент анализ.

Нито един от специалистите не изрази мнение, че е необходимо добавяне на допълнителни теми. Един от ангажираните експерти изрази задоволство от наличието на тема, свързана с духовни практики. Поради наличието на психично разстройство не би следвало субектът да бъде ограничаван в правото си да изповядва избрани от него *духовни практики* (според Световната здравна организация, един от компонентите на здравето е именно възможността за свободно изповядване на желани духовни практики и вярвания). Експертът предостави препоръка темата да бъде доразвита, като се включи материал и за процеса на себеактуализиране.

Друг експерт препоръча в набора от теми, свързани с трудовата реализация, да бъде включена информация, както и запознаване със същността и значението на *трудотерапията*. Този метод може да бъде идеален пример за прехода между участие в дейности по психосоциална рехабилитация и реално упражняване на труд. В настоящия дисертационен труд е поставен акцент върху опосредстването и подпомагането на този преход, чрез мерки по подкрепена заетост.

Един от експертите препоръча в рамките на друга тема да бъде предвидено време, в което да се потърсят, опишат и анализират потенциални *ползи от състоянието, когато*

субектът е социално изключен от обществото. Подобно търсене наистина би било от полза, най-вече като мотиватор на участниците в групите за търсене на социална промяна.

Насока от експерт в областта на психичното здраве бе да се прецизира темата, свързана с *емоционалната интелигентност*. Този вид интелигентност се обуславя от много фактори и статута на настоящия модел не претендира за повишаването ѝ. Предвидената в съдържанието на модела тема бе операционализирана, като свързана със запознаване с вида, същността и значението на емоционалната интелигентност, като част от множествената интелигентност, както и начини и видове, техники и методи за емоционално стимулиране при хората с психични разстройства.

С изключение на двама експерти, всички останали препоръчаха *окупняване на темите* в заглавия на по-големи области. Препоръката бе изпълнена, като темите на групите срещи бяха редуцирани до 19 броя, без това да се отрази на съдържателния обем и процесуалните им характеристики. По този начин бяха подчертани по-ясно и връзките между отделните структурни компоненти.

Последната категория „Анализ на същността на Модела” бе изследвана чрез отворен въпрос, целящ да получи каквото и да е било друго неклассифицирано в предишните айтеми мнение от страна на привлечените експерти.

Почти всички участващи експерти изразиха мнения около *последователността на темите* на групова работа. Специалистите препоръчват те да не бъдат подредени в определен ред, нито по някаква степен на значимост, а по хронологичност. Препоръката им е да има възможност редът на темите да бъде променен от водещия, съобразно спецификата на конкретната група, нейният потенциал, капацитет, нужди, групова динамика, специфични обстоятелства и др.

Друга получена препоръка бе „*да се засили фасилитаторската функция на социалния работник*”. Ролята на клиничния социален работник като водещия на групата, неизменно включва и тази на организатор, фасилитатор и отговорник за пълноценното осъществяване на самия групов процес. Той би следвало да се стреми винаги да създава подходяща работна атмосфера с положителни взаимоотношения между участниците, както и позитивна нагласа към груповите дейности.

Всички експерти оцениха като значима и иновативна стойност *интегративността на Модел „Включени”*. Той съдържа теми, свързани с всички основни житейски сфери и съответстващите им социални умения. Битието не се случва само в контекста на една определена житейска изолирана стерилна ситуация, а е постоянна съвкупност от комплексни ситуации, изискващи едновременно и гъвкаво прилагане на множество социални компетенции.

От изведените емпирични резултати може ясно да се твърди, че основната *хипотеза* за настоящата експертна оценка се потвърди. Становищата на привлечените психичноздравни професионалисти са *във високите положителни степени и нормативни граници на скалираните айтеми*. Предоставените препоръки на отворените въпроси *не компрометират същността и идеята на Модела, а го подкрепят чрез конструктивни идеи за допълнително доусъвършенстване*.

В заключение може да бъде направен категоричният извод, че разработеният Интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства, чрез психосоциална рехабилитация под формата на клинична социална работа в група, *ще се приеме от експертите и професионалната общност* като теоретично обоснован, практически приложим, иновативен и съответен на

целта си да осигурява превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства.

От проведеното емпирично изследване установихме по безспорен начин, че изграденият Модел функционира напълно пълноценно на практика. Бяха изведени измерими резултати на подобрене на социалното функциониране и при двете групи, които участваха в групова работа по Модела, по всички показатели, макар и в различна степен. Това доказва успешната приложимост на Модела и неговата практическа ефективност. Резултатът бе потвърден и чрез осъществена на експертна оценка на Модела. Ангажираните с експертната оценка психичноздравни професионалисти също предоставиха положително мнение за Модела по всички маркирани категории, като препоръките им бяха отразени в същността и съдържанието му.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настояща, а и модерна бъдеща тенденция е социалната рехабилитация да се осъществява под формата на социални услуги в общността. Но какво всъщност означава социална услуга – това е „съвкупност от дейности, които подпомагат и разширяват възможностите на лицата да водят самостоятелен начин на живот, извършваща се в общността или в специализирани институции” (Национална програма „Социални услуги в семейна среда“, АСП, 2008 г.). Социални услуги могат да се организират и предлагат от държавата, общините, български или чуждестранни физически или юридически лица. Социалните услуги в общността най-често са държавно делегирани дейности – финансирани от държавния бюджет чрез общините, които от своя страна имат за задача да организират и да осъществяват мониторинг на социалните услуги на своята територия. Най-често общините предпочитат да ангажират с предоставяне на социални услуги, специализирани в областта си неправителствени организации, които да работят непосредствено с клиентите. Психиатричните услуги в общността представлява пакет от лечебни, рехабилитационни и социални услуги, които заместват традиционното диспансерно лечение, чрез свободата за избор на лекуващ психиатър с амбулаторна практика и използване на социално-рехабилитационни услуги. Те включват нови модели на работа за психологическа подкрепа и консултиране, психосоциална рехабилитация, както и обучение в умения за независим живот, справяне с ежедневни предизвикателства и контролиране симптоматиката на менталното разстройство.

През последните десет години у нас тече активен процес на смяна на политиката от обгрижване в изолирани институционални домове към *социални услуги в общността*. Деинституционализацията в сферата на социалните грижи за деца вече приключи, като почти всички от тях вече са настанени в резидентни социални услуги или в приемни семейства. Деинституционализация на практика обаче при лицата с психични разстройства не съществува. Специализираните резидентни социални услуги са формално малко на брой, абсолютно недостатъчни за обхващане дори на един процент от нуждаещите се хора с психични разстройства. Съществуващите в момента социални услуги в общността за психосоциална рехабилитация също са малко на брой и непропорционално разпределени в страната.

У нас, все още експертната, която доказва наличието на инвалидизиращо заболяване е наречена експертиза на неработоспособността (ТЕЛК), като единственият ѝ ангажимент е да определи процент на неработоспособност на „освидетелстваното” лице, без да се изследват неговите индивидуални потребности и нужди от социално подпомагане и социални услуги, и най-вече, без да се изследват неговите състояние и капацитет за социално включване, както и неговите индивидуални способности. Въпреки че от години се говори за реформи на експертните решения, у нас все още такива на практика не са извършени.

1. Анализ на хипотезите

Интегративният практико-приложен модел „Включени” бе създаден с научно-практическа цел, като част от настоящата докторска теза. Той е научно и емпирично обоснован, а целта му е да бъде максимално приложим в българските социални и здравни услуги, предлагащи психосоциална рехабилитация за лица с психични разстройства.

Основното допускане в настоящия дисертационен труд, бе че разработването на научно обоснован модел за превенция на социалното изключване, чрез психосоциална рехабилитация при хора с психични разстройства, би допринесъл за тяхното ефективно включване и социално интегриране в обществото. То се *потвърди напълно*. За целта бяха изготвени два въпросника, съдържащи батерия от инструменти. При осъществената съпоставка на емпирично придобитите резултати, ясно се очертават тенденции и разлики, сочещи подобрене в социалното функциониране и социалните релации на изследваните лица. Функционалността и приложимостта на Модела е доказана и от факта, че една от групите, на които бе приложен е новосформирана от хора с психични разстройства, които никога не са участвали в дейности по други модели на психосоциална рехабилитация. Тази група представи по-добри резултати след прилагането на Модела, в сравнение със състоянието си в началото и като цяло, по-добри резултатите от другата група от експерименталния етап.

Потвърди се и хипотезата, че изследваните лица са се сблъскали с конфликти в обкръжаващата ги общност – спорове и поддържане на дисхармонични взаимоотношения с роднини, близки, съседи, здравни и социални професионалисти, работодатели. Резултатите показват, че при интерперсоналните си интеракции с всички социални групи в нашето общество, хората с психични разстройства се чувстват дискриминирани и стигматизирани във висока степен. Емпиричните стойности показват и изключения, но като цяло източници на негативно отношение спрямо изследваните лица са роднините, близкото обкръжение, помагащите професионалисти и общността.

Изцяло *бе потвърдено и допускането*, че поради наличието на психично разстройство, изследваните лица са системно социално negliжирани, стигматизирани и дискриминирани във всички аспекти на обществения живот. На базата на психичноздравен признак, често им се отказва наемане на работа, за която притежават необходимата квалификация и опит; отказ от интимна връзка; отказ от достъп до подходящи здравни услуги; отказ от възползване от социални плащания и услуги, поради невъзможност за правилно кандидатстване за тях; неоснователно грубо и враждебно отношение по време на осъществяване на принудителни (и не само) психиатрични хоспитализации; грубо и стигматизиращо отношение от страна на останалите пътници по време на използване на обществен транспорт.

Резултатите от реализирания сред всички 90 изследвани лица инструмент Многомерна скала за възприятие на социална подкрепа MSPSS са красноречиви, че хората с психични разстройства получават в приблизително еднаква степен подкрепа от своите близки, приятели и „значими други”. Въпреки това, на фона на останалите, най-ниско е нивото на подкрепа от страна на приятелите. Обикновено приятелският кръг на лицата с ментални проблеми не е многоброен, а и изследването показва, че качеството на социалните релации в него не е добро. Затова Интегративният модел залага на подобряване на социалното функциониране на субекта, а от това следва да се подобрят и социалните му интеракции и релации с останалите социални групи.

В същия контекст са и резултатите от другия основен инструмент, част от емпиричното изследване в настоящия дисертационен труд – авторска модификация на Скала за дискриминация и стигма – DISC-12. Изследваните лица са срещали негативно отношение както от обществото и близките си, така и от ангажираните с тях социални, медицински специалисти и органи на реда. Затова методическото съдържание на Интегративния практико-приложен модел бе насочено и към подобряване на

взаимоотношенията на хората с психични разстройства със социалните работници, медиците и полицаите. Заложена е и работа за подобряване на процеса на използване на обществен транспорт от страна на хората с психични разстройства, процес, в който те оценява, че са силно стигматизирани и дискриминирани.

Представеният Интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства чрез психосоциална рехабилитация под формата на клинична социална работа в група, бе разработен на базата на *теоретичен анализ, проведено емпирично изследване на хора с психични разстройства, интервю на психичноздравни професионалисти, експеримент с две групи и експертна оценка на Модела*. Той бе оценен положително и във висока степен от експерти-професионалисти в сферата на психичното здраве – психиатри, клинични психолози и клинични социални работници, както по притежаваните от него съдържателни характеристики, така и по неговите интегративност, иновативност и практическа приложимост. Моделът отразява спецификите на психосоциалната рехабилитация при хората с психични разстройства в български условия и културен контекст. Резултатите от експеримента с двете групи, в които Моделът бе приложен на практика, също показват измеримо развитие в положителна посока. Този резултат, заедно с категоричната позитивна оценка на Модела от психичноздравните професионалисти, *потвърждават предварително заложената хипотеза*, че превенцията на социалното изключване е възможна, чрез интегриран комплексен подход на психосоциална рехабилитация под формата на клинична социална работа в група.

Посочените от експертите ограничения на Интегративния практико-приложен модел, бяха преодолени и отстранени, чрез нанасяне на корекции в работния етап от създаване на Модела. Прилагането спрямо Модела на метода „експертна оценка”, спомогна за допълнителното усъвършенстване както на Интегративния практико-приложен модел „Включени”, така и на настоящия дисертационен труд.

2. Препоръки

На базата на получените резултати в емпиричната част на настоящия дисертационен труд, бяха изведени следните препоръки, за осъществяването на които *ключова роля* притежава клиничният социален работник и които да послужат на практика за осъществяване на дейности по превенция на социалното изключване при хората с психични разстройства:

- Изготвяне на функционираща и практически ориентирана *Национална стратегия и национален план за социално включване*, предназначен специално за хората с психични разстройства;
- Промяна на актуалния *брой на социални услуги*, предлагащи психосоциална рехабилитация за хора с психични разстройства. В момента той е абсолютно недостатъчен, на фона на числеността на целевата група (при все, разпределението на тези услуги в страната е неравномерно);
- Към момента липсват напълно *интегративни* комплексни модели за психосоциална рехабилитация на хората с психични разстройства, какъвто е Модел „Включени”. Психосоциалната рехабилитацията е цялостен процес, за чието реализиране е необходимо да се създават програми и структури, които да осигуряват последователното провеждане на всяка една от стъпките от този процес;

- Подсигуряване на нормативно базирана *връзка между различните институции* и неправителствени организации, с цел осигуряване без прекъсване на цялостното психиатрично лечение и психосоциална рехабилитация на лицето, отключило психично разстройство, от момента на дебютната криза, до момента на реинтегриране в общността, както и да се осигури реална работа на мултидисциплинарни екипи, ангажирани с пълноценно осигуряване на всичко необходимо за конкретния клиент;
- Реформиране, реструктуриране и дофинансиране за осигуряване на по-лесно достъпна, по-всеобхватна и по-гъвкава *социална закрила и социално подпомагане* за лицата с психични разстройства. Към момента представителите на целевата група срещат изключително сериозни проблеми при подготвяне на необходимия документационен реквизит за възползване от финансова подкрепа, чрез отделите на Дирекциите „Социално подпомагане”, като същевременно е необходимо осигуряване на нов вид и форма на подпомагане, в отговор на специфичните потребности на лицата с психични разстройства;
- Чрез национални програми и стратегии е крайно необходимо и наложително да се осигури в общността *мобилна клинична социална работа на терен*, материално и ресурсно обезпечена с медицински специалисти, насочена към идентифициране на нуждаещи се лица с психични разстройства, водене на случай в общността, осъществяване на необходимите кризисни интервенции, спомагане за осъществяване на нетравмиращи психиатрични хоспитализации;
- Осигуряване на по-голямо и по-лесно достъпно *финансиране и подходящи помещения за доставчици на социални услуги*, предлагащи психосоциална рехабилитация на хората с психични разстройства, както и разкриване на нови видове медикосоциални услуги, които да съчетават функционалността на една типична социална услуга, заедно с подходяща медицинска грижа (за лица с психични разстройства с по-тежък ход на протичане на болестта, и/или коморбидност от психични и соматични заболявания);
- Финансиране и стимулиране при създаване на обществени *антистигма и антидискриминационни кампании* за запознаване, както на местната, така и на широка общественост със същността на психичните разстройства и със страдащите от тях членове на обществото (кампании, свързани със *съвместни* ползване на обществен транспорт, лечение в многопрофилни лечебни заведения, образование в масови учебни заведения);
- Отделен *пазар на труда*, предназначен за хора с увреждания и в частност за лица с ментални увреждания, който предлага реални стимулиращи мерки за работодателите при наемане на лица с психични увреждания (като в други европейски страни), както и адаптирани работни условия;
- *Увеличаване капацитета* на действащите социални услуги за предоставяне на възможност за включване в групов процес на психосоциална рехабилитация за всички нуждаещи се и желаещи хора с психични разстройства. Участието в групи за психосоциална рехабилитация е основна предпоставка за формиране на социални умения и умения за справяне с ежедневни предизвикателства, както и за задържане на работно място;
- *Клиничната социална работа в група* от хора с психични разстройства, функционира комплексно, като освен психосоциална рехабилитация по определен модел, тя осигурява необходимата защитена среда и атмосфера на споделяне и подкрепа, поле за реализиране и трениране на социални умения и интеракции;
- Придобитите знания, умения и опит от групата за психосоциална рехабилитация, спомагат хората с психични разстройства *да изградят трайни и стойностни социални релации* с всички видове обкръжаващи ги социални среди, както и да подобрят своето социално функциониране, своите личностна, трудова и социална *изява*.

Невъзможно е хората с психични разстройства единствено сами да се реинтегрират в социалната среда, ако не се работи от страна на клиничните социални работници и със самата среда (която винаги проявява стигматизиращо отношение и съпротива срещу приемането на лицето с ментален проблем, като пълноценен член на обществото). Постоянната борба с неизменно проявяващата се тежка симптоматика на психичното разстройство и сериозните странични ефекти, предизвиквани от някои антипсихотични препарати, както и невъзможността за самостоятелно справяне с ежедневните предизвикателства, водят до още по-силно страдание у болния, но най-сериозна болка у субекта създава постоянното стигматизиращо отношение, което той търпи от останалите членове на обществото и то на всичките му нива, в множество разновидности и институции (Сапунджиев, С., 2019, под печат).

Единствено чрез личния опит на мнозинството членове на обществото от интеракции с хора с психични разстройства, могат да бъдат формирани агенти на промяната в голямата група, които отвътре да работят за промяна на нагласите ѝ, да се запознаят с лицата с психични разстройства, с факта, че не са опасни, че притежават таланти и способности, че спазват законите и допринасят за общността, също като всички останали членове на обществото. В групата на лицата с психични разстройства подобни агенти на промяната могат да бъдат създадени чрез взаимодействие на лицата с психични разстройства с общността – взаимно участие в обществени мероприятия, дни на отворени врати в психиатрични институции, медийни кампании, участие в съвместни дейности (например, масово почистване на кварталните зелени площи), изработване на тематични продукти (коледна украса, мартеници и други), съвместно участие в приготовления и отбелязване на празници (например, Коледа, Великден, Ден на славянската писменост и тн.) и други (пак там).

За успешна превенция на социалното изключване на хората с психични разстройства са необходими още законодателни реформи, както и организиране на обществени и институционални информационни кампании и програми, с цел пълноценно прилагане на законодателството на национално и местно равнище, за да се премахнат всички бариери, затрудняващи достъпа, за да се изкорени стигмата и за да се гарантира пълноценното участие на хората с психични разстройства в обществения живот. Резултатите от настоящето емпирично проучване показват, че едно от най-необратимите стигматизиращи отношения се проявява от помагачите професионалисти. Като група с ключова роля, с тях трябва да се работи целенасочено върху промяна на нагласите и формиране на антистигматизиращо и антидискриминационно лично и професионално поведение.

Клиничният социален работник трябва да подхожда първоначално винаги към изследване и при необходимост задоволяване на базовите потребности на своя клиент, като му съдейства пред държавните, общински и здравни институции за получаване на необходимите помощи, услуги, жилище и лечение. Клиничният социален работник е ангажиран същевременно и с посредничество между клиента и социалната му среда, както и с информиране на общността, организиране и реализиране на антистигма кампании и застъпничество (Сапунджиев, С., 2018, 197-198).

Изводите, базирани на добитите емпирични резултати в настоящето изследване, доказват и че ключова роля в промяната на нагласите в обществото притежават и самите лица с психични разстройства, които са способни да поддържат по-близки, по-устойчиви, по-значими и по-трайни социални релации, благодарение на това, че са се възползвали от

груповата работа по Модела за психосоциална рехабилитация в група. Досега винаги се е разчитало на кампании за информиране на обществото на макро ниво, провеждани от професионалисти в сферата на психичното здраве, но сегашните резултати показват, че промяната е възможна и чрез ежедневните интеракции между членовете на общността и хората с психични разстройства на микро ниво. Затова изводите и препоръките от настоящия дисертационен труд са насочени към това да се работи за промяна и на споменатите две равнища, и от професионалистите за информиране на обществото, и от самите хора с психични разстройства, които да осъществяват интеракции с общността. Тоест, когато членовете на общността притежават личен позитивен опит от социални интеракции с представители на целевата група, тогава обществените стигматизиращи и дискриминиращи нагласи се променят най-бързо и трайно, защото вече членовете на общността започват да живеят с опит, базиран на реална собствена представа и лично преживяване, които са устойчиви, категорични и непроменими.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Бабакова, Л., Социалната подкрепа и взаимоотношенията като начин за справяне със стреса сред старите хора, живеещи в институции, В: сп. „Психологически изследвания”, бр. 16, № 2, 2013.
2. Бльомерс, В., От изключване към включване: една нова „социална граматика” – един нов „социален климат”, В: Социална работа – обучение и практика. Сборник с доклади от Втора научно-приложна конференция с международно участие по социална работа, София 2011.
3. Богданова, М., А. Бандеров, Идеите на Жак Лакан в клиничната социална работа, В: Пътища на професионализма в социалната работа, София 2018.
4. Бостанджиев, Р., Системно-интегративен подход в социалната работа, БСУ Международна конференция, 2010.
5. Боянова, В., Целеви и функционални възможности на социалната работа, В: Пътища на професионализма в социалната работа, София, 2018
6. Ганева, В., Социално включване чрез развитие на социалното предприемачество, В: Икономика, държава общество, Икономическо благосъстояние чрез споделяне на знания, 2016.
7. Германов, Д. Стигмата на психиатричното заболяване. Портал за психично здраве.
<http://psihichnozdrave.com/biblioteka/statii/%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%B3%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%B0-%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%81%D1%82/>, посетен на 15.11.2019.
8. Градев, Д., Стигма и личностна биография, София, 2010
9. Деливерска, М., Дискриминация, основана на генетични характеристики. Как да я разпознаем и преодолеем, София, 2014.
10. Десев, Л., Речник по психология, 2008.
11. Деянова, Г., Формиране на емоционална интелигентност при хора с психични разстройства чрез работа в група, В: ГСУ, т. 107, кн. Социални дейности, 2014.
12. Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век., Министерство на здравеопазването на Република България, 2016.
13. Закон за хората с увреждания, Обн., ДВ, бр. 105 от 18.12.2018 г.
14. Ивков, Б., Социалното изключване. За понятието „социално изключване”, В: сп. Социологически проблеми, 3-4, 2005.
15. Ивков, Б., Промоция на здравето – основни понятия и дефиниции.
<https://bojidarivkov.wordpress.com/2012/11/01/%d0%bf%d1%80%d0%be%d0%bc%d0%be%d1%86%d0%b8%d1%8f-%d0%bd%d0%b0-%d0%b7%d0%b4%d1%80%d0%b0%d0%b2%d0%b5%d1%82%d0%be-%d0%be%d1%81%d0%bd%d0%be%d0%b2%d0%bd%d0%b8-%d0%bf%d0%be%d0%bd%d1%8f%d1%82%d0%b8/>, посетен на 15.02.2019г.
16. Илиева, Х., Автореферат на дисертационен труд на тема „Изграждане на стратегии за справяне при кризисни събития чрез социална работа с група”, за присъждане на образователната и научна степен „доктор“ по професионално направление 3.4. Социални дейности (Социална работа с група), София, 2018.
17. Йоргова, М. и др., Социално включване, 2011.
18. Карелин, А. Большая энциклопедия психологических тестов, 2007.
19. Кожухаров, Х., К. Тасков, И. Бончева, Варненски медицински форум, т. 4, бр.2, 2015.
20. Колева, Н., В. Боянова Медико-педагогически аспекти на социалната работа с инвалиди В: Теория и практика на социалната работа. Проблеми и перспективи, София 2003.
21. Либерман, Р., У. Ризи, К. Мюзер, Трениране на социални умения за психиатрични пациенти. БПА, София, 1999.
22. Машонов, Н., Кратък курс по психиатрия за специалисти от социални служби, работещи в сферата на психичното здраве, В: Живот в общността. Наръчник за професионалисти в организации за психосоциална рехабилитация. Сдружение „Човеколюбие“, 2011.
23. Механджийска, Г., Социална подкрепа в личностно-центрираната социална работа В: Пътища на професионализма в социалната работа, София, 2018.
24. Механджийска, Г., Е. Рангелова, Методи на социалната работа, София, 2009.
25. Милушева, Т., Психосоциална рехабилитация в клиничната социална работа с клиенти с психични и поведенчески разстройства, София 2018.
26. Милушева, Т., Концептуална рамка на възстановяването на личността в процеса на психосоциална рехабилитация, Е-списание „Социална работа”, бр. 2, год. 5, София, 2017.

27. Михайлов, С., Енциклопедичен речник по социология, София, 1996.
28. Николаева, С., Личността на ценностен кръстопът, София, 2000.
29. Нунев, С. Антидискриминационна и антипотискаща социална работа. Съвременна теория и практика, София, 2009.
30. Перинская, Н. А., Ресоциализация. Знание. Понимание. Умение, 4, 2005, 161–162, 2005.
31. Петрова, К., Работа в група. Тренингови и психотерапевтични техники, Велико Търново, 2007.
32. Проект „Шанс за по-добра възможност”, <http://www.mh-community.org/files/upload/d2882f48cf2212b979e62d802a3ba71f56fc955f.pdf>, посетена на 01.07.2018г.
33. Сапунджиев, С., Дискриминация, стигма и превенция на социалното изключване при лица с психични разстройства, студия, В: ГСУ том 112, 2019.
34. Сапунджиев, С., Практико-приложен модел на клинична социална работа при социална рехабилитация и ресоциализация в общността на лица с психични разстройства, В: Е-списание Социална работа, брой 2, година V, 2017.
35. Симеонова, Р., Управление на организации за социална работа и психосоциална рехабилитация, В: Живот в общността. Наръчник за професионалисти в организации за психосоциална рехабилитация. Сдружение „Човеколюбие“, 2011.
36. Станчева-Попкостадинова, В., Р. Якимова, Г. Хранов. Живот в общността. Сборник на народния университет за психично здраве. Сдружение „Човеколюбие“, 2011.
37. Стракова, Л., Теоретични и емпирични проекции на груповата динамика, В: Перспективи пред социалната работа. Обучение и практика, София, 2001.
38. Тепавичаров, И., Измерване и оценяване в дейността на социалния работник, София, 1999.
39. Цветанска, С. Тренингов модел за развитие на комуникативни умения – Годишник на СУ, том 94/2001.
40. Цветанска, С., Проекции на професионалните роли и половите различия в моделите на общуване в социалната работа, В: Проблеми на социалната работа. Образование, практика, научни изследвания, София, 2007.
41. Цветанска, С., Роли и ролево поведение при социална работа с група, В: Пътища на професионализма в социалната работа, София, 2018.
42. Barry, M., C. Hallet, Social Exclusion and Social work, Dorset, 1998.
43. Beck, A. Dozois, D, Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions, In: Annu. Rev. Med. 2011. 62:397–409, 2011.
44. Burns, J. K., Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability, 2009.
45. Busza, J., Literature review: Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: Past successes and future priorities. Population Council Horizons, 1999.
46. Chess Therapy for Mental Health, 2014, <http://www.psychologymatters.asia/article/234/chess-therapy-for-mental-health.html>, посетен на 12.07.2017г.
47. Clubhouse International, <https://clubhouse-intl.org/>, посетен на 06.12.2019г.
48. Corrigan, P. W., Changing stigma through contact. Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry, 2005.
49. Disability Rights California, Definitions of Stigma and Discrimination, Mental Health Service Act 63, 2016.
50. Discrimination and Stigma Scale DISC-12, 2009.
51. Fachdienst der Lebenshilfe, Inclusion. Heft 2, Marburg, 1995.
52. Gautam, Sh., Message From The Indian Psychiatric Society Task Force On Clinical Practice Guidelines, Indian Journal Psychiatry, 2018.
53. Hermann, H., S. Saxena, R. Moodie, Promoting Mental Health concepts emerging evidence practice. A Report of the World Health Organization, Geneva, 2004.
54. Letamo, G., The discriminatory attitudes of health workers against people living with HIV, 2005.
55. Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale, <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>, посетена на 02.01.2020г.
56. United Nations General Assembly resolution 46/119, 1991.
57. Test, A. M., Santé mentale au Québec Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes, Dans: Le suivi communautaire, Volume 23, numéro 2, 1998.
58. WHO-WPA - Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders, Geneva, 2002.
59. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K., The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 52, 30-41, 1998.

НАУЧНИ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Въз основа на теоретично и емпирично изследване на водещи в практиката модели и подходи за психосоциална рехабилитация и социална подкрепа на хора с психични разстройства са посочени и систематизирани по значимост основни фактори за превенция и преодоляване на „социалното изключване“ на целевата група;
2. Приведени са теоретични и емпирични доказателства за състоянието на социалното изключване, стигмата и дискриминацията, като рискови фактори за здравето и качеството на живот на хората с психични разстройства. Изведена е ролята на подхода „промоция на здравето“ и на психосоциалната рехабилитация в терапевтичния процес с целевата група;
3. За целта е разработена и апробирана върху български контингент авторска модификация на Скала за дискриминация и стигма DISC-12. Коефициентът на надеждност на Скалата е доказан чрез извеждане на Алфа на Cronbach със стойност от 0,76, при оригинална за скалата от 0,78. Този почти идентичен резултат категорично доказва, че авторската адаптация на Скала за дискриминация и стигма DISC-12 свободно може да бъде използвана като валиден и надежден инструмент за измерване на степен на стигматизиране и дискриминиране;
4. Чрез сравнителен теоретичен и емпиричен анализ са интерпретирани технологии и ефективни подходи, и дейности за „социално включване“ на хората с психични разстройства. На основата на разкритите и обособени слабости на социалното включване на целевата група, обосновано са представени примерни технологии и ефективни пътища за превенция на тяхното социално изключване;
5. Разработен, апробиран и оценен е авторски Интегративен практико-приложен модел за превенция на социалното изключване и психосоциална рехабилитация под формата на клинична социална работа в група. Получените резултати и очертани закономерности ще обогатят клиничната социална работа с хора с психични разстройства и ще повишат ефективността на работния процес за подобряване на социалното им функциониране. Обоснована е значимата роля на клиничния социален работник, като много добре са очертани и анализирани професионалните му роли, умения и качества.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Дискриминация, стигма и превенция на социалното изключване при лица с психични разстройства, студия, В: ГСУ том 112, 2019,
2. Социално включване и трудова заетост при лица с психични разстройства, В: Годишник на ШУ „Епископ Константин Преславски”, том XXII D, 2018,
3. Нормативна уредба, запрещение и проектна дейност като фактори за социално включване на лица с психични разстройства”, В: Годишник на ШУ „Епископ Константин Преславски”, том XXIII D, 2019,
4. Практико-приложен модел на клинична социална работа при социална рехабилитация и ресоциализация в общността на лица с психични разстройства, В: Е-списание Социална работа 2017, брой 2, година V,
5. Роля на клиничния социален работник при социална работа с група от лица с психични разстройства В: Е-списание Социална работа 2018, брой 3, година VI (под печат),
6. Професионална компетентност на клиничния социален работник по превенция на социалното изключване при лица с психични разстройства, В: Сборник „Пътища на професионализма в социалната работа”, Университетско издателство на СУ, 2018
7. Невербалният език в контекста на шахматния модел при формиране на умения за социално включване на лица с психични разстройства, В: Сборник с добри практики от Международна научна конференция „Био-психо-социални приложения на шахматната игра”, 2017,
8. „Подкрепа на работното място на лица с психични разстройства с цел социално включване”, В: Електронен сборник „Лидерство и развитие на човешките ресурси“ на Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, 2020 VI (под печат).