

Общественная организация
«Белорусская ассоциация социальных работников»

УДК 00(000)
ББК 00.0(4Бел)
К00

Рецензент
заведующий кафедрой реабилитологии ГИУСТ БГУ,
кандидат медицинских наук, доцент К.Э. Зборовский.

Клубный дом – модель социальной службы для людей с психическими заболеваниями

Информационное пособие

Рекомендовано к использованию Городским методическим
советом по вопросам совершенствования социального
обслуживания и внедрения инновационных технологий социальной
работы в организациях социального обслуживания, входящих
в систему комитета по труду, занятости и социальной защите
Мингорисполкома

Минск
2013

К00 **Клубный дом – модель социальной службы для людей
с психическими заболеваниями: Информационное посо-
бие. /** Общественная организация «Белорусская ассоциа-
ция социальных работников». – Минск : И. П. Логвинов,
2013. – 156 с.

ISBN 978-985-000-000-0.

Пособие предназначено для специалистов по социальной работе террито-
риальных центров социального обслуживания населения, а также специалистов
иных государственных и негосударственных организаций, оказывающих помощь
людям, страдающим психическими заболеваниями.

Издано в рамках совместно проекта ОО «Белорусская ассоциация социаль-
ных работников» и Паритетного союза общественно полезных организация Бава-
рии «Клубный дом в системе психиатрической помощи Беларуси» при финансо-
вой поддержке Фонда «Акция – Человек».

Мнения и взгляды, выраженные в данной публикации, могут не совпадать с
мнениями и взглядами Фонда «Акция – Человек» и Паритетного союза обществен-
но полезных организация Баварии.

УДК 00(000)
ББК 00.0(4Бел)

ISBN 978-985-000-000-0

© ОО «Белорусская ассоциация социальных
работников», 2013
© Оформление. Издатель ИП Логвинов И. П., 2013

Содержание

Рецензия	5
Введение	7
Глава 1. Система психиатрической помощи	
Республики Беларусь	12
1.1 Структура и функции медицинских учреждений психиатрического профиля	12
1.2 Функции специалистов службы охраны психического здоровья	17
1.3 Обращение за психиатрической помощью	19
Глава 2. Краткий обзор наиболее распространенных психических заболеваний: методы лечения, рекомендации врачей пациентам и их родственникам	22
Глава 3. Этика в психиатрии	34
Глава 4. Актуальные вопросы организации труда людей с психическими заболеваниями	43
4.1 Краткий анализ ситуации в сфере занятости людей с ограниченными возможностями в Республике Беларусь	43
4.2 Трудоустройство людей с психическими заболеваниями в соответствии с законодательством Республики Беларусь	48
Глава 5. Организация труда людей с психическими заболеваниями на примере Великобритании	62
Глава 6. Профессиональная и трудовая реабилитация людей с психическими заболеваниями	67
Глава 7. Проектирование социального пространства для людей, страдающих психическими заболеваниями и расстройствами поведения	73
Глава 8. Клубный дом – модель социальной службы для людей с психическими заболеваниями	82
8.1 История создания, принципы и программы реабилитационной модели Клубный дом	82

8.2 Социально-психологический аспект реабилитационной модели Клубный дом	87
8.3 От профессионального пьедестала к межличностному взаимодействию: роль персонала в Клубном доме	92

Глава 9. Презентация работы Клубных домов – партнеров Минского Клубного дома «Открытая душа»	98
---	-----------

Глава 10. Опыт работы Минского Клубного дома «Открытая душа»	103
---	------------

Приложение А. Этика в социальной работе, свод принципов	111
--	------------

Приложение В. Кодекс профессиональной этики психиатра Республики Беларусь	116
--	------------

Приложение С. Дифференциально-диагностический опросник Е.А. Климова	120
--	------------

Приложение D. Международные Стандарты для программы «Клубный дом»	125
--	------------

Приложение Е. Примерная должностная инструкция заведующего Клубным домом	133
---	------------

Примерная должностная инструкция специалисту по социальной работе в Клубном доме	138
--	-----

Приложение F. Анкета члена Клубного дома Трудовой маршрут члена Клубного дома «Открытая душа»	143
--	------------

Кухонная группа. Ежедневный бланк	145
---	-----

Подготовка мероприятия (праздник, вечеринка)	146
--	-----

Приложение G. Опросник NAIF	147
--	------------

Адреса организаций, оказывающих помощь людям с психическими заболеваниями	149
---	-----

Полезная литература и Интернет-страницы	151
---	-----

Рецензия

Актуальность проблемы совершенствования эффективности оказания психиатрической и психо-социальной помощи в Республике Беларусь не вызывает сомнения. Данное обстоятельство обусловлено ростом, в общей структуре населения, удельного веса людей страдающих теми или иными психическими расстройствами. Кроме того, необходимо заметить, что организация оказания им квалифицированной помощи базируется преимущественно на медицинских технологиях. Что касается реабилитационной помощи данным контингентам, то в их основе также применяются медицинские восстановительные технологии. Вместе с тем, очевидно, что необходимо решать значительно более широкий круг задач в процессе реабилитации данного контингента. В первую очередь это вопросы социальной реабилитации, позволяющие повысить уровень социального включения данной категории лиц, а также повысить их уровень качества жизни. С этой целью необходимо осуществлять поиск новых технологий и подходов к работе с людьми, имеющими психические нарушения.

Настоящее пособие посвящено решению выше очерченных задач, связанных с социальной реабилитацией людей имеющих психические нарушения, а также созданию условий для их свободного проживания вне стационарных учреждений.

Структура настоящего пособия включает в себя десять основных глав и приложения. Во введении лаконично проводится постановка проблемы и обосновывается ее актуальность. Кроме того, рассматриваются вопросы, связанные с социально-экономической целесообразностью развития подобных форм работы. Первая глава книги посвящена обзору системы психиатрической помощи в Республике Беларусь, подробно рассматривается структура и функции медицинских учреждений психиатрического профиля, а также функции специалистов службы охраны психического здоровья. В данном разделе приводится алгоритм и порядок обращения за психиатрической помощью. Во второй главе авторами приводится краткий обзор наиболее распространенных психических заболеваний, а также методы их лечения. Заслуживают внимания, приведенные в данном разделе рекомендации

врачей пациентам и их родственникам. Безусловно, важным разделом пособия является глава, посвященная этике в психиатрии.

Значительное место в пособии отведено вопросам трудовой занятости, а также профессиональной и социально-трудовой реабилитации людей страдающих психическими расстройствами. Так, в главе четыре, выделяются наиболее актуальные вопросы организации труда людей с психическими заболеваниями, проводится краткий анализ ситуации в сфере занятости людей с ограниченными возможностями в Республике Беларусь, а также приводятся законодательные основы трудоустройства людей с психическими заболеваниями в Республике Беларусь. Общая картина организации занятости данной категории лиц дополняется приведенным в пятой главе опытом Великобритании в решении аналогичных вопросов.

Заслуживает особого внимания глава шесть, раскрывающая технологии и подходы к профессиональной реабилитации людей имеющих нарушения психического характера.

Также в настоящем пособии рассмотрены вопросы, связанные с историей и социально-психологическими аспектами создания модели Клубного дома, освещается опыт реализации проекта в Республике Беларусь.

В пособии присутствует ряд приложений, усиливающих практическую значимость данного издания.

Таким образом, издание настоящего пособия имеет практический смысл для информирования специалистов психиатрического профиля о возможностях модели Клубного дома в системе социально-психиатрической помощи, а также ознакомления специалистов по социальной работе с разноплановыми аспектами организационной структуры, психиатрической помощи людям, имеющим нарушения профильного характера. Кроме того, данное пособие будет полезно при тиражировании опыта создания и отработки технологий Клубных домов.

*К. Э. Зборовский, заведующий кафедрой
реабилитологии ГИУСТ БГУ,
кандидат медицинских наук, доцент.*

Введение

Психические и поведенческие расстройства являются очень распространенными и поражают более 25 % всех людей в определенные периоды их жизни. Они также являются универсальными в том смысле, что поражают людей всех стран и любого общества, лиц всех возрастов, женщин и мужчин, богатых и бедных, жителей городов и сельской местности. Они оказывают экономическое воздействие на общество и на качество жизни отдельных лиц и семей. (Из Доклада о состоянии здравоохранения в мире, ВОЗ, 2001 год.)

Люди с психическими заболеваниями составляют наиболее уязвимую и социально незащищенную категорию населения: они практически ежедневно подвергаются дискриминации, физическому, экономическому и сексуальному насилию, сталкиваются с трудностями в реализации своих гражданских прав, не имеют возможности активно участвовать в общественной жизни, сталкиваются с барьерами при поступлении в образовательные учреждения или устройстве на работу.

Бремя психической болезни ложится и на плечи семьи: часто родственникам приходится оставлять работу, чтобы обеспечить уход за больным. Стигматизация приводит к самоизоляции таких семей, что лишает их сил в борьбе за достойную жизнь, сокращает производительность труда и качество работы, семейный бюджет и персональные доходы.

Лечение психических заболеваний ложится тяжким бременем на систему национального здравоохранения, так как требует формирования значительных статей в бюджете.

Психические заболевания влекут за собой и экономические последствия, сказываясь не только на национальном здравоохранении, но и на занятости населения (количестве рабочих мест), на производительности труда, семейном бюджете и персональных доходах. Причем потеря производительности труда затрагивает не только самих людей с психическими заболеваниями, но и их семьи.

Психические заболевания являются факторами риска бродяжничества, бездомности. Лица с психическими расстройствами принадлежат к группе повышенного суицидального

риска. Уровень суицидов среди больных шизофренией, по данным разных авторов, оценивается от 147 до 750 случаев в год на 100 тыс. больных шизофренией. От 20 до 42 % пациентов данной диагностической группы предпринимают суицидальные попытки, а 10–15 % из них заканчиваются смертью.

По прогнозам ВОЗ, в ближайшие десятилетия развивающиеся страны столкнутся с непропорционально резким увеличением бремени психических расстройств.

Становится очевидной необходимость развития системы социально-психиатрической помощи населению, адекватной современным потребностям общества. Создание такой системы является межведомственной проблемой и потребует координации действий психиатров и специалистов по социальной работе, изучения зарубежного опыта организации работы социально-психиатрических центров.

Если медицинская помощь людям с психическими заболеваниями в нашей стране имеет долгую историю, то система социальной поддержки этой категории находится только в начале пути. На сегодняшний день психиатрическая помощь предоставляется в крупных медицинских центрах Министерства здравоохранения РБ (РНПЦ психического здоровья, психиатрические больницы и диспансеры) и психоневрологических домах-интернатах Министерства труда и социальной защиты РБ. Однако, спектр реабилитационных и социально-психологических услуг остается весьма узким – в основном, медицинская реабилитация, а также обеспечение жильем и уходом в случае утраты дееспособности.

В сложившейся ситуации на первый план выходит необходимость развития системы социально-психологической поддержки людей с психическими заболеваниями. Международный опыт убедительно доказывает, что эффективная социально-психологическая поддержка возможна только при одновременном решении комплекса задач:

- активизация внутреннего потенциала людей с психическими заболеваниями в процессе реабилитации и адаптации в обществе;
- активизация местного сообщества в решении проблем, связанных с психическим здоровьем;
- сохранение, а по возможности и повышение трудоспособности лиц с инвалидизирующими психическими расстройствами;

- включенность или организация реабилитационных мероприятий по месту жительства;
- комплексность реабилитационных социально-психологических мероприятий;
- содействие преодолению стереотипов и предубеждений в отношении людей с психическими заболеваниями в обществе.

Клубный дом – это социальная служба для людей с психическими заболеваниями, модель которой описана в Международных стандартах Клубных домов, основанная на организации упорядоченного рабочего дня, уважении прав личности и достоинства каждого человека, соблюдении принципов равенства и взаимной ответственности членов и сотрудников Клубного дома за эффективность процесса реабилитации.

Основная цель работы любого Клубного дома заключается в том, чтобы помочь людям с психическими расстройствами вернуться к продуктивной, осмысленной и полноценной жизни в обществе, приносящей чувство удовлетворения.

В силу своей эффективности модель «Клубный дом» широко распространилась по всему миру. В настоящее время в 34 странах мира работает около 400 Клубных домов, которые обеспечивают поддержку более 50 000 душевнобольных людей. Ежегодно открывается несколько десятков новых Клубных домов.

За 65 лет становления и развития эта модель, вобрала в себя наиболее эффективные методы социально-психологической реабилитации и в то же время осталась достаточно гибкой, чтобы вписываться в социо-культурные и экономические рамки разных стран и временных периодов.

Компоненты этой модели, ее структура и характер протекающих в ней процессов описаны в Международных стандартах Клубных домов. Международные стандарты стали своеобразным руководством по созданию эффективных социальных служб для людей с психическими заболеваниями – Клубных домов.

Именно неукоснительное соблюдение Международных стандартов определяет успех каждого Клубного дома в помощи людям с проблемами психического здоровья, позволяя им жить за пределами больницы и достигать социальных,

финансовых и профессиональных целей. Клубный дом опирается на сильные стороны, таланты и способности своих членов. Вся работа в Клубном доме организована для того, чтобы помочь участникам программы восстановить ощущение собственной значимости, вернуть целеустремленность и уверенность в своих силах.

Клубные дома создают комфортную, щадящую среду, которая поддерживает своих членов, стимулирует их улучшать своё социальное функционирование, придерживаться предписаний врачей и находиться на амбулаторном, а не стационарном режиме лечения.

Ключевым элементом реабилитационной модели Клубный дом является уважение личности и потребностей душевнобольного человека, формирование равноправных взаимоотношений сотрудничества и взаимной ответственности персонала и членов КД. Межличностный характер отношений с сотрудниками и руководством, построенный на доверии и уважении, способствует преодолению внутренней стигмы, развитию самоопределения членов Клубного дома. Осуществление принципа равноправия неизбежно влечет за собой повышение уровня ответственности членов за судьбу Клубного дома. Со временем осознание зон собственной ответственности распространяется и на жизнь за пределами Клубного дома, что способствует переходу от восприятия себя как пациента к осознанию себя как личности.

Ориентированный на работу упорядоченный день и возможность участвовать в принятии решений относительно деятельности в Клубном доме способствуют преодолению рентных установок и развитию самоконтроля.

Программа трудоустройства членов Клубного дома основана на модели промежуточного трудоустройства. В отличие от лечебно-производственных мастерских и специализированных цехов, эта модель ориентирована на работу в открытых условиях, на предприятиях города при психологической и правовой поддержке Клубного дома. Такая форма трудоустройства позволяет человеку с психическим расстройством адаптироваться к трудовой деятельности в щадящих условиях, дает возможность постепенно вернуться на открытый рынок труда.

Важной характеристикой Клубного дома является экономическая эффективность достижения видимого результата реабилитации. Благодаря принятой философии и стандартам, технологии реабилитации, члены Клубного дома самостоятельно выполняют всю текущую работу – роли административных и кухонных работников, культорганизаторов, рабочих по ремонту здания, уборщиков. Поэтому Клубный дом может иметь лишь небольшой штат оплачиваемых сотрудников. В результате реализации пилотного проекта ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» было выявлено, что стоимость месяца работы двух сотрудников Клубного дома, которые организуют деятельность волонтеров и обеспечивают опеку 60–70 членов КД, равна стоимости пребывания одного пациента в психиатрическом стационаре в течение 30 дней. Согласно данным Международного центра развития Клубных домов, у 60 % членов Клубных домов продолжительность лечения в стационаре сокращается на треть.

Очевидный реабилитационный эффект, экономическая эффективность и высокий спрос на предоставляемые услуги позволяет говорить о необходимости мультипликации модели социально-психологической реабилитации Клубный дом в Республике Беларусь.

Глава 1. Система психиатрической помощи Республики Беларусь

1.1 Структура и функции медицинских учреждений психиатрического профиля

В соответствии с действующим законодательством граждане Республики Беларусь, страдающие психическими и поведенческими расстройствами, имеют право на получение как плановой, так и скорой (неотложной) медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Психиатрическая помощь оказывается пациенту при получении его предварительного добровольного информированного согласия на лечение, т.е. на добровольной основе, за исключением тех случаев, когда состояние психического здоровья гражданина делает его опасным для себя и(или) окружающих, беспомощным либо создает возможность причинения существенного вреда его здоровью, если ему не будет оказана психиатрическая помощь. В таких случаях осуществляется принудительная госпитализация и лечение по решению суда.

Обращение за оказанием психиатрической помощи несовершеннолетнего пациента либо лица, лишенного дееспособности вследствие психического расстройства, осуществляется только с согласия законного представителя пациента (родителей, усыновителей, опекуна, попечителя).

Психиатрическая помощь является одним из видов специализированной медицинской помощи, которая заключается в профилактике, диагностике, лечении психических расстройств и медицинской реабилитации пациентов. Составной частью психиатрической помощи является психотерапевтическая, психоневрологическая, сексологическая и наркологическая помощь.

Психиатрическая помощь предоставляется врачом-специалистом, имеющим специальную подготовку в области оказания психиатрической помощи, либо – при отсутствии такой возможности – врачом иной специальности по рекомендации врача-специалиста.

Определение наличия или отсутствия у лица психического расстройства, а также установление диагноза психического заболевания является компетенцией врача-специалиста

в области оказания психиатрической помощи (врача психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, врача-сексолога). Врачи других специальностей в соответствии с законодательством не имеют права выставлять диагноз психического расстройства (заболевания). Если врач общей практики заподозрил у пациента психическое расстройство, он должен направить такого пациента на обследование к врачу-специалисту.

Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь оказывается с соблюдением принципов социальной справедливости, доступности вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов, места жительства и права каждого гражданина на получение лечения в наименее ограничительных условиях. Не допускается дискриминация граждан на основании наличия у них психического расстройства.

В Республике Беларусь психиатрическая помощь нуждающимся может предоставляться в государственных психиатрических (психоневрологических) организациях здравоохранения и иных государственных организациях здравоохранения, не являющихся психиатрическими (психоневрологическими) организациями здравоохранения и оказывающих психиатрическую помощь в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

К государственным психиатрическим (психоневрологическим) организациям здравоохранения относятся, в первую очередь, такие учреждения, как психоневрологические диспансеры и психиатрические стационары (больницы), областные клинические центры «Психиатрия-наркология» и государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (далее – ГУ «РНПЦ психического здоровья»).

Основными функциями психоневрологического диспансера являются:

- предоставление психиатрической и психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях;
- организация диспансерного наблюдения за пациентами, а также психиатрическое освидетельствование граждан в амбулаторных условиях для решения некоторых социальных вопросов (например, о возможности трудоустройства,

выполнения родительских обязанностей, управления транспортным средством, хранения оружия и т. п.);

- организация психосоциальной реабилитации психически больных, мероприятий по профилактике психических расстройств.

В настоящее время в республике функционируют 12 психоневрологических диспансеров.

В психиатрических стационарах осуществляется обследование и лечение пациентов, состояние психического здоровья которых требует интенсивного лечения и круглосуточного динамического наблюдения врача-специалиста. Всего в республике функционируют 12 областных психиатрических больниц и 10 психиатрических (психоневрологических) отделений в общесоматических больницах. Кроме того, стационарные психиатрические отделения для обследования и лечения пациентов в стационарных условиях имеются в структуре 5-ти психоневрологических диспансеров.

В трех областях республики (Гродненской, Минской и Витебской) созданы областные клинические центры «Психиатрия-наркология», которые призваны обеспечить реализацию комплексного подхода в оказании медицинской помощи гражданам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами. Такие объединенные учреждения совмещают функции психоневрологического и наркологического диспансеров, а также психиатрического и наркологического стационаров. Они обеспечивают оказание медицинской помощи пациентам как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

В течение последних десятилетий был значительно сокращен коечный фонд психиатрической службы: с 10 790 коек в 1990 году до 6500 коек в 2011 году. Обеспеченность психиатрическими койками уменьшилась с 10,6 до 6,9 на 10 000 населения. В настоящее время проводится рациональное перепрофилирование имеющегося коечного фонда с целью повышения эффективности его использования.

При оказании психиатрической помощи в стационарных условиях основное внимание уделяется развитию интенсивных стационарных технологий с минимальной изоляцией пациентов, а также соблюдению средних сроков пребывания

в стационаре в соответствии с утвержденными клиническими протоколами.

В психиатрических стационарах внедрена биопсихосоциальная модель оказания психиатрической помощи с обслуживанием пациентов мультидисциплинарными бригадами специалистов, предоставляющими комплексные психиатрические, психотерапевтические, психологические и социальные услуги.

В 2009 г. на базе Республиканской клинической психиатрической больницы создано государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», которое является ведущим клиническим, организационно-методическим, научным учреждением, обеспечивающим организацию и оказание психиатрической, психотерапевтической, психологической и наркологической помощи гражданам Республики Беларусь, а также проведение научных исследований в области психиатрии и наркологии.

В целях обеспечения доступности психиатрической помощи жителям республики с учетом территориальных особенностей организовано ее оказание на районном, межрайонном (городском), областном и республиканском уровнях.

Районный и межрайонный уровни обеспечивают оказание психиатрической помощи жителям сельской местности и городов районного подчинения. На этих уровнях оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в психиатрических (психотерапевтических) кабинетах, которые организованы в структуре поликлиник центральных районных больниц. Всего в республике функционируют более 700 кабинетов для оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи в структуре областных, городских многопрофильных и центральных районных больниц, более 200 из которых открыты в сельских районах. В ряде городов районного подчинения организованы межрайонные психоневрологические диспансеры, имеющие стационарные психиатрические отделения.

Несмотря на наличие организационных структур психиатрической службы в сельской местности, доступность психиатрической помощи для сельских жителей в целом ниже,

чем для жителей крупных городов, что связано с рядом объективных и субъективных факторов: территориальной удаленностью врача-специалиста от потребителя психиатрических услуг, кадровой неукomплектованностью, боязнью части населения обращаться к врачам-психиатрам в связи с возможностью последующей дискриминации из-за установленного заболевания и т. п. Преимущества в доступности психиатрической помощи для жителей городов отражает тот факт, что первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами выше среди городского населения по сравнению с сельским (в 2011 г. 772,3 и 694,1 на 100 000 соответствующего населения). Однако соотношение первичной заболеваемости городских и сельских жителей постепенно уменьшается (с 1,32 в 2002 г. до 1,11 в 2011 г.), что обусловлено более высоким среднегодовым темпом прироста первичной заболеваемости среди сельских жителей по сравнению с городским населением (6,7 % против 4,5 % за период с 2002 г. по 2011 г.).

Областной уровень оказания психиатрической помощи представлен областными психоневрологическими диспансерами, областными психиатрическими больницами, а в трех областях республики – Гродненской, Минской и Витебской – областными клиническими центрами «Психиатрия-наркология». Специализированную психиатрическую помощь на областном уровне получают преимущественно жители области.

Республиканский уровень оказания психиатрической помощи осуществляется в ГУ «РНПЦ психического здоровья», в котором психиатрическая помощь в стационарных условиях может быть оказана любому жителю республики при наличии соответствующих показаний. Плановая психиатрическая помощь предоставляется при наличии направления на госпитализацию от врача-специалиста по месту жительства пациента. В связи с особенностью расположения учреждения, специалисты ГУ «РНПЦ психического здоровья» обслуживают, главным образом, жителей г. Минска и Минской области, которые составляют более 90 % от общего количества пролеченных пациентов.

Приоритетным направлением развития психиатрической помощи населению республики является использование

внебольничных видов психиатрической помощи. Одной из форм оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях являются отделения дневного пребывания, которые создаются в психиатрических (психоневрологических) организациях здравоохранения. В отделениях дневного пребывания пациент находится под наблюдением врача-специалиста и получает соответствующее лечение в течение рабочего дня. В отличие от круглосуточных стационаров, такая форма оказания медицинской помощи является менее затратной и в то же время позволяет обеспечить контроль за лечением пациентов, страдающих психическими расстройствами. С 1990 года число койко-мест в отделениях дневного пребывания возросло с 835 до 1257, что составляет 1,33 на 10 000 жителей.

1.2 Функции специалистов службы охраны психического здоровья

При возникновении проблем с психическим здоровьем любой гражданин нашей республики может обратиться за помощью к специалистам службы охраны психического здоровья: врачу психиатру-наркологу, врачу-психотерапевту, психологу. Каждый специалист в системе оказания психиатрической помощи выполняет свои определенные функции.

Врач психиатр-нарколог – это врач, который занимается лечением психических и поведенческих расстройств. В функции врача психиатра-нарколога входит оценка состояния психического здоровья, диагностика психического расстройства пациента с учетом его жалоб и истории болезни, назначение терапии (медикаментозной, психотерапевтической, психологической), предоставление в доступной форме информации о состоянии психического здоровья и медицинских рекомендаций пациенту и его родственникам. Врач психиатр-нарколог должен знать не только клинические симптомы психических расстройств, но и специфические соматические и неврологические особенности их проявлений, владеть основными навыками психотерапии.

Врач-психотерапевт – это врач, который использует в лечении психических расстройств преимущественно психотерапевтические методы. Чаще всего к врачу-психотерапевту

обращаются пациенты, страдающие пограничными или невротическими психическими расстройствами. Психотерапевт совместно с пациентом при помощи различных психотерапевтических техник выявляет внутриличностные и межличностные проблемы пациента и добивается уменьшения их выраженности или устранения.

Врач-психотерапевт часто бывает тем врачом, к кому первоначально обращаются пациенты, у которых возникают первые признаки психических нарушений, так как некоторые больные опасаются сразу обращаться за помощью к врачу-психиатру. Вот почему очень важно, чтобы врач-психотерапевт имел подготовку в области психиатрии и владел методами диагностики психических расстройств и проведения психиатрического обследования.

Основной метод психиатрического обследования – беседа с пациентом, его родственниками, законными представителями, а также наблюдение за поведением, речью, эмоциональными реакциями пациента. При необходимости могут применяться дополнительные методы обследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография, а также психологическое обследование, которое проводится медицинским психологом.

Психолог не относится к врачебным специальностям, однако он является главным помощником врача при дифференциальной диагностике психических расстройств, оценке выраженности психического дефекта и эффективности проводимой терапии. Психолог при помощи различных оценочных тестов проводит анализ состояния различных психических функций (мышления, внимания, памяти, эмоциональной сферы, особенностей поведения) и выявляет дефектные стороны психической деятельности личности (психологическая диагностика). Важной задачей психолога является выявление сохраненных сторон психической деятельности и возможностей компенсации утраченных свойств личности, что является основой для успешного проведения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. В функции психолога также входит оказание содействия пациенту в решении психологических проблем, преодолении последствий кризисных ситуаций (психологическое консультирование),

а также, по возможности, принятие мер, направленных на коррекцию особенностей личности пациента и его поведения (психологическая коррекция). Однако самостоятельно назначать пациентам медикаментозное лечение, проводить психотерапевтические сеансы психолог не имеет права.

1.3 Обращение за психиатрической помощью

Обращение за психиатрической помощью необходимо в том случае, если человек находится в состояниях, сопровождающихся длительным (более 2-х недель) угнетенным, подавленным настроением, чувством внутренней тревоги, снижением интереса к окружающему миру, утратой способности испытывать удовольствие от ранее приятных занятий, преобладанием мрачных, негативных мыслей (о бессмысленности жизни, собственной ненужности, никчемности и т.п.), желанием покончить жизнь самоубийством, нарушением концентрации внимания, замедлением темпа мышления, нарушением социального функционирования, отказом от контактов с другими людьми.

Обращение за психиатрической помощью крайне необходимо в том случае, если человек ведет себя неадекватно или агрессивно по отношению к окружающим, совершает суицидальную попытку, рассказывает о своих бредовых галлюцинаторных переживаниях.

При самостоятельном обращении за оказанием психиатрической помощи к врачу психиатру-наркологу психиатрического кабинета или психоневрологического диспансера, пациент обследуется врачом-специалистом в целях установления наличия или отсутствия диагноза психического расстройства, определения нуждаемости в оказании психиатрической помощи, решения вопроса о формах и условиях ее оказания. Такое обследование называется психиатрическое освидетельствование. При выявлении у пациента психического расстройства врач назначает ему лечение в амбулаторных условиях либо выдает направление на госпитализацию в психиатрический стационар.

Однако не все пациенты адекватно осознают свое психическое состояние и его тяжесть. Некоторые из них отказываются обращаться к врачу-специалисту даже в случае тяжелого

психического расстройства. В таких крайних случаях психиатрическое освидетельствование может проводиться без согласия пациента или его законного представителя. Принудительное психиатрическое освидетельствование пациента, поведение которого дает основание предполагать наличие у него психического расстройства, проводится:

- если заболевание пациента обуславливает его непосредственную опасность для себя и(или) окружающих (например, пациент пытается кого-то убить или покончить с собой);
- если пациент находится в состоянии беспомощности либо не оказание ему психиатрической помощи может причинить существенный вред его здоровью.

В первом случае решение о недобровольном психиатрическом осмотре принимает врач-специалист государственной организации здравоохранения, который получает информацию о неадекватном поведении пациента (в виде письменного заявления либо в устной форме). Во втором случае решение о необходимости принудительного психиатрического освидетельствования принимается комиссией врачей-специалистов государственной организации здравоохранения (врачебно-консультационной комиссией) на основании письменного заявления и санкционируется прокурором. Заявление должно содержать указание на отказ пациента либо его законного представителя от обращения к врачу-специалисту. Доставка пациента, уклоняющегося от проведения принудительного психиатрического освидетельствования, в государственную организацию здравоохранения может осуществляться при содействии сотрудников территориального органа внутренних дел.

К сожалению, иногда при обострении психического расстройства человек теряет способность адекватно оценивать окружающую действительность, некритично относится к своим действиям и поступкам, зачастую воспринимает лечение как наказание. Общество вынуждено защищать здоровых индивидуумов от неадекватного и угрожающего поведения больных людей, а также принимать меры для исцеления и восстановления их социальных функций. Возможно, случаи недобровольного помещения в психиатрический стационар трансформируются в общественном сознании в чувство

недоверия к врачу-психиатру и страха при обращении за психиатрической помощью. Другие причины нежелания обращаться за оказанием психиатрической помощи – недооценка нарушений состояния психического здоровья, боязнь постановки на диспансерный учет, стигматизации по месту работы или учебы, побочных эффектов медикаментозного лечения и т.п. В то время как в развитых индустриальных странах обращение за медицинской помощью к психиатру или психотерапевту по поводу возникающих проблем психического здоровья считается обычным делом, сродни обращению к гинекологу или стоматологу.

Реалии таковы, что во всем мире, в том числе и в нашей республике, наблюдается рост заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами. В этих условиях первостепенное значение приобретает возможность получения качественной и доступной психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Ведь чем раньше начато адекватное лечение, тем более оно эффективно.

Глава 2. Краткий обзор наиболее распространенных психических заболеваний: методы лечения, рекомендации врачей пациентам и их родственникам

Шизофрения. Когда человеку озвучивается диагноз «шизофрения», это становится для него настоящим ударом. Осознать и принять такой диагноз нелегко не только человеку, но и его семье, близким, друзьям. Вся гамма негативных чувств, переживаемых человеком, легко может привести к отчуждению, добровольному исключению из жизни, замкнутости, но не в силу болезни, а в связи с недостатком знаний о течении, развитии, последствиях заболевания, а также о современных методах лечения.

Между тем, большинство видов шизофрении не является препятствием для нормальной, полноценной жизни. Больные шизофренией влюбляются, строят семьи, заводят детей, поддерживают отношения с друзьями и родными, продолжают работать по специальности. Конечно, существуют варианты течения и виды шизофрении, которые накладывают некоторые, а порой и значительные, ограничения из-за частых обострений, злокачественного течения или остаточной симптоматики, сохраняющейся в период ремиссии. Тем не менее даже при неблагоприятном развитии событий многие проблемы можно решить или минимизировать их влияние на жизнь человека.

Шизофрения – прогрессирующее психическое заболевание, протекающее с характерными изменениями личности, которые проявляются в эмоциональном оскудении, утрате целостности личности, потере связи с реальностью, типичными расстройствами мышления, и развитием в течение болезни параноидных, бредовых, кататонических, гебефренических и аффективных расстройств.

Наиболее характерными симптомами болезни являются:

- искаженное восприятие окружающего мира и самого себя. Предметы и люди кажутся неестественными, измененными, могут появляться голоса, навязывающие определенные действия. Изменяется и поведение человека – он погружается в свой внутренний мир, большую часть времени занят

общением с голосами и иногда совершает под их влиянием необычные и странные поступки;

- изменения в мышлении и речи. Человек высказывает явно ошибочные мысли, которые не удастся исправить путем переубеждения. Это – бредовые идеи, которые могут носить различный характер, чаще преследования (за мнимые преступления), воздействия («облучения», внушение мыслей, воздействия с определенной целью какими-либо приборами и т.п.), наличия необычных способностей (чтение мыслей, лечение неизлечимых болезней и т. п.). Со временем мышление становится все более нелогичным, непоследовательным, суждения утрачивают стройность и здравый смысл;

- изменения в поведении и взаимоотношениях с окружающими. Человек становится все более замкнутым, странным, часто отказывается от общения даже с самыми близкими, исчезают прежние интересы и цели, появляются безразличие, эмоциональная холодность, ослабление контроля и волевых функций.

Шизофренические расстройства наиболее часто развиваются в молодом возрасте, однако заболевание может также возникать впервые в детском, пожилом, а также позднем возрасте.

В настоящее время выделяют следующие формы шизофренического расстройства:

- параноидная – с преобладанием в клинике идей преследования, воздействия, соответствующих слуховых и зрительных галлюцинаций, расстройств восприятия;

- гебефреническая – преобладают симптомы нелепого, дурашливого поведения, разорванного мышления, повышенного настроения, манерности;

- кататоническая – с преобладанием психомоторных расстройств: возбуждения, застывания, восковой гибкости, мутизма и ступора;

- простая – отмечается постепенное нарастание странностей в поведении, эмоциональной холодности, расстройств мышления без отчетливой галлюцинаторно-бредовой симптоматики;

- резидуальная – остаточная симптоматика в виде эмоционального уплощения, бедности мимики, речи, двигательной

активности после одного или нескольких психотических приступов.

Выделяют два основных варианта течения шизофрении: непрерывно текущий и шубообразный.

Непрерывное течение. На ранних стадиях шизофрении наблюдается преимущественно продуктивная симптоматика. Вначале возникают невротоподобные расстройства (повышенная утомляемость, необъяснимая тревога или чувство страха, навязчивые мысли, раздражительность), затем к клинической картине заболевания добавляются бред и галлюцинации. В последующем могут развиваться кататонические (возбуждение или ступор) расстройства. Со временем симптомы заболевания прогрессируют. Ремиссии возможны только на фоне соответствующего лечения. На поздних стадиях заболевания преобладают негативные проявления: эмоциональное обеднение, волевые нарушения, утрата прежних интересов и целей, бездеятельность, потеря способности понимать чувства других и считаться с ними, снижение интеллектуальной деятельности.

Выраженность тех или иных проявлений на разных стадиях шизофрении зависит от формы заболевания. Особой злокачественностью отличается течение шизофрении, начавшейся в детском и подростковом возрасте. В этом случае очень рано появляется выраженная негативная симптоматика и уже через 1–5 лет формируется выраженный личностный дефект.

Приступообразно-прогредиентное (шубообразное) течение. Шубами называются приступы обострения болезни, разделенные между собой более или менее длительными периодами ремиссии. На ранних стадиях шизофрении дефект личности выражен незначительно. Каждый приступ влечет за собой постепенное углубление личностного дефекта. Во время приступа может развиваться острый психоз с преобладанием бреда (отравления, преследования, ревности и т.д.), галлюцинаций или кататонических расстройств. В легких случаях иногда наблюдаются обострения с преобладанием психопатоподобной или невротоподобной симптоматики.

Для благоприятного варианта течения болезни характерны редкие приступы, чередующиеся с длительными

ремиссиями. В этих случаях личностный дефект может оставаться не резко выраженным даже на поздних стадиях шизофрении.

При неблагоприятном варианте течения шизофрении периоды ремиссий постепенно уменьшаются, нарастает негативная симптоматика. На поздних стадиях шизофрении может наблюдаться переход шубообразного типа болезни в непрерывно текущий либо развивается длительная поздняя ремиссия. И в том и в другом случае возникает выраженный дефект личности. Нередко отмечаются неполные ремиссии, сопровождающиеся остаточной симптоматикой: подозрительностью, тревожностью и бредовым толкованием поступков окружающих.

Следует отметить, что у 10-15 % людей, перенесших один приступ, в дальнейшем не обнаруживаются признаки заболевания, у 25 % пациентов на фоне лечения наблюдается практически полное отсутствие симптомов, еще 30 % на фоне лечения могут функционировать достаточно автономно, требуя помощи только в период обострений, и около 30–35 % пациентов требуют постоянной посторонней помощи в организации повседневной жизни, частых и длительных госпитализаций.

Лечение шизофрении. Шизофрения относится к хроническим психическим расстройствам, которые могут привести к потере трудоспособности и требуют обязательной психиатрической помощи. Несмотря на то, что современная медицина располагает многочисленными методиками и большим спектром медикаментов для лечения шизофрении, такой диагноз является тяжелым бременем не только для самих пациентов, но также для их семьи и ближайшего окружения. Удастся ли выйти из болезни с минимальными потерями для пациента и его семьи, во многом зависит от того, насколько своевременным, правильным и последовательным будет лечение и поддерживающее поведение близких.

Лечение начинается с подбора антипсихотических препаратов. Все лекарственные препараты подбираются строго индивидуально, схема и дозы введения назначаются в зависимости от стадии заболевания и степени его тяжести, превалирующих симптомов, возраста пациента, его анамнеза и многих других факторов. На начальном этапе лечения, а также при

острых фазах развития болезни, особенно важным оказывается курс стационарного лечения. Но если пациент стремится избежать госпитализации, возможен вариант лечения также и в амбулаторных условиях, но при условии, что поведение пациента не опасно для его жизни и жизни окружающих, не требует неотложной госпитализации и изоляции.

Чтобы лечение было максимально эффективным, необходимо подобрать правильные медикаменты, которые не только устраняют симптомы болезни, но также обладают минимальными побочными эффектами и не ухудшают качество жизни пациента. Кроме этого, необходимо мягко и настойчиво убеждать пациента в необходимости приема лекарств, соблюдения рекомендаций врача, способствовать доверительным отношениям пациента к врачу.

Важным моментом в лечении шизофрении является профилактика суицидов. Среди людей, страдающих шизофренией, суицид как причина смерти встречается в несколько раз чаще, чем в популяции. Это обусловлено как следствием неадекватного поведения во время психотического приступа, так и чувством безнадежности, отчаяния, потерей ориентиров дальнейшей жизни, отсутствием поддержки близких, депрессией. У пациентов, имеющих в клинической картине шизофрении симптомы депрессии, бредовые идеи отношения, преследования, с частыми обострениями и госпитализациями, социально дезадаптированных, не имеющих поддержки в семье, уровень суицидов значительно выше.

Лечение и профилактика суицидальных состояний требует комплексного применения фармакологических, психотерапевтических и психосоциальных методов. Медикаментозное лечение должно быть направлено на коррекцию как острой, так и хронической симптоматики, кроме того, требуется своевременная диагностика и лечение аффективных симптомов, таких как депрессия. Психотерапия позволяет пациенту и его семье научиться жить с этим заболеванием, справляться с трудностями, является действенным методом профилактики суицидов. В процессе терапии пациент обучается выработке реальных взглядов на жизнь, ожиданий от будущего и положительному отношению к лечению. Родственники пациента обучаются распознавать начало обострений, видеть признаки,

обычно предшествующие суициду, повышать мотивацию пациента к лечению, оказывать эмоциональную поддержку.

Важно знать, что самым эффективным методом профилактики суицидов является наличие вокруг страдающего человека равнодушных людей, способных открыто и спокойно обсуждать возникающие мысли о суициде. Откровенный разговор о суициде, без нравочений и моральных оценок, позволяет человеку, страдающему шизофренией, как и любому другому, спокойно поразмыслить, узнать мнение со стороны, найти выход из ситуаций, кажущихся ему безнадежными.

Реабилитация при шизофрении. Реабилитация при шизофрении направлена на развитие или восстановление тех личностных, межличностных и профессиональных навыков, которые могут повысить уверенность больного в себе и сделать его полезным членом общества. Если у него есть семья и работа, то реабилитация, как правило, бывает более успешной. Участие больного в общественной жизни во многом зависит от активной позиции самого человека, отношения общества, поддержки близких и друзей.

В реабилитации и становлении межличностных отношений существенная роль отводится психотерапии. Используя различные методы, можно научить человека справляться с теми внутренними и внешними факторами, которые могут приводить к обострению. Кроме того, психотерапия позволяет найти те формы поведения, при которых состояние и социальная адаптация улучшаются, и избегать тех, которые приводят к ухудшению.

Только комплексный подход – медикаментозное лечение, реабилитация, психотерапия (в том числе семейная) и социальные программы – позволяет существенно улучшить жизнь больных и дает им возможность самостоятельного существования.

Люди, длительно работающие в сфере сопровождения больных шизофренией, должны понимать структуру и стадии заболевания, различие симптоматики на разных этапах течения болезни, замечать изменение потребностей и нужд пациентов для своевременного оказания помощи, поддержки, профилактики рецидивов. Каждый человек способен принимать активное участие в лечении, для этого требуется обучить его:

- не отказываться от лечения и соблюдать правила приема лекарств. При большинстве видов шизофрении отказ от лечения влечет за собой рецидив болезни. По статистике обострение наступает у семи из десяти больных, самовольно прекративших прием назначенных врачом препаратов;

- активно участвовать в лечении. Не следует думать, что назначение медикаментов зависит только от симптомов и вида шизофрении. Врач подбирает лекарства индивидуально. Необходимо сообщать врачу о том, какое действие оказывает тот или иной препарат, возникают ли побочные эффекты и т.д.;

- исключить прием алкоголя и наркотиков. Диагноз шизофрении является абсолютным противопоказанием к приему наркотиков и алкоголя, потому что эти вещества могут ухудшить состояние больного, вызвать рецидив, стать причиной появления новых симптомов или усилить уже существующие признаки болезни;

- отслеживать симптомы приближающегося обострения. Для большинства видов шизофрении характерно постепенное начало. Перед рецидивом нередко возникает беспокойство или раздражительность, ухудшается сон, становится труднее концентрировать внимание на предметах и событиях, появляются странные мысли и т. д. Надо научить пациента обращать особое внимание на подобные признаки. Это поможет понять, когда нужно обратиться к врачу, чтобы предотвратить рецидив или уменьшить его проявления.

- правильно организовать жизнь, по возможности минимизировать ситуации, вызывающие раздражение или излишнее напряжение. Диагноза шизофрении не нужно бояться – его просто нужно учитывать при планировании своих действий, своего графика работы и отдыха;

- поддерживать отношения. Каким бы видом шизофрении ни страдал пациент, как бы ни протекала болезнь, надо помогать ему не отгораживаться от окружающих, не отказываться от помощи и поддержки, не вымещать раздражение на друзьях и родных. При необходимости следует привлекать психотерапевтов, психологов, социальных работников, проводить занятия с семьей пациента. С пониманием того, что есть люди, которые привязаны к пациенту, которые искренне

о нем заботятся, значительно легче справляться со страхом и неуверенностью, порождаемыми болезнью;

- помогать пациенту применять свои способности и уже полученные знания, учиться и развиваться. Болезнь вовсе не отменяет навыков и талантов, которые были у человека до заболевания. А любимое дело и интересные события являются хорошим стимулом для улучшения состояния.

Биполярное аффективное расстройство. Биполярное аффективное расстройство (БАР) – психическое расстройство, проявляющееся аффективными состояниями (расстройство настроения): маниакальными, гипоманиакальными и депрессивными. Эти состояния периодически, в виде фаз, непосредственно или через «светлые» промежутки психического здоровья сменяют друг друга.

Этиология биполярного аффективного расстройства до настоящего времени не ясна. Чаще всего первые признаки биполярного аффективного расстройства приходятся на молодой возраст – 20–30 лет.

Длительность фаз измененного настроения колеблется от нескольких дней до 1,5–2 лет (в среднем 3–7 месяцев), длительность «светлых» промежутков между фазами может составлять от 3 до 7 лет; «светлый» промежуток может совсем отсутствовать.

Маниакальная фаза представлена тремя основными симптомами: повышенное настроение, двигательное и психическое возбуждение.

Картина заболевания характеризуется повышенным настроением, появлением чувства душевного подъема, физической и психической бодрости. Пациенты много и быстро говорят, непрерывно шутят. Вести беседу с ними сложно из-за выраженной отвлекаемости. У пациентов уменьшается потребность в сне. На фоне переоценки собственной личности могут появиться бредовые идеи величия. На работе больные строят радужные перспективы, вкладывают деньги в бесперспективные нереальные проекты. Постепенно накал эмоционального, психического и двигательного возбуждения снижается, психическое состояние нормализуется. Может наблюдаться светлый промежуток различной продолжительности, а может наступить следующая фаза заболевания.

Депрессивная фаза также представлена триадой симптомов: подавленным настроением, замедленным мышлением и двигательной заторможенностью. В целом БАР чаще проявляется депрессивными, нежели маниакальными состояниями. Депрессия проявляется ослаблением общего психического тонуса, снижением настроения, умственной и физической работоспособности. Характерно появление расстройств сна в виде трудности засыпания и его поверхностности, в дальнейшем – упорной бессонницы. Больные могут подолгу лежать, не проявляют ни к чему интереса, говорят тихим голосом. Часто присоединяются мучительные чувства тоски, безысходности, могут быть бредовые идеи самообвинения, греховности, иногда могут появиться суицидальные мысли и попытки.

Постепенно симптомы депрессии сглаживаются, нормализуется двигательная и психическая активность, улучшается настроение.

Существует много вариантов течения БАР с различной сменой фаз, с наличием или отсутствием светлых промежутков психического здоровья между фазами. Прогностически благоприятным типом течения считается БАР с длительными светлыми промежутками, поэтому достижение устойчивой ремиссии является основной целью лечения.

В лечении БАР применяются различные препараты: нормотимики (препараты, нормализующие настроение), антидепрессанты, иногда применяются атипичные нейролептики. Кроме медикаментозного лечения широко применяются методы психотерапии, психологической коррекции, работа с семьей. Комплексный подход позволяет в большинстве случаев добиться более спокойного течения заболевания, снизить вероятность развития глубокой депрессии или мании, предотвратить значительное ухудшение жизнедеятельности человека.

Депрессия. Депрессия является одним из самых распространенных психических заболеваний во всем мире. Около 5 % населения всего земного шара страдает от депрессии.

Это не просто плохое настроение, но серьезное психологическое расстройство, характеризующееся основными (снижение настроения, замедление мышления, двигательная заторможенность) и дополнительными симптомами (нарушение

сна, аппетита, изменение массы тела, пристрастие к никотину, алкоголю, наркотикам и т.п.).

Депрессивные расстройства могут появиться в любом возрасте и у представителей любых социальных групп. Это объясняется прежде всего тем, что ценности современного общества оказывают существенное давление на человека. Люди стремятся к социальному благополучию, профессиональным успехам, внешней привлекательности в условиях постоянного цейтнота, стремительного потока информации, растущих нагрузок и требований. Если же достигнуть желаемого не удастся, человек может впасть в отчаяние, тяжело переживать неудачи и, как следствие, возможно развитие депрессии. К заболеванию могут также привести тяжелые психологические травмы, такие как смерть близкого человека, распад семьи, разрыв отношений с любимым человеком, тяжелое заболевание, выход на пенсию. Иногда депрессия возникает без какой-либо очевидной причины. Предполагается, что в подобных ситуациях играют роль особенности нейрохимических процессов, в частности обмен нейромедиаторов (серотонин, норадреналин и др.) в головном мозге.

Симптомы депрессии. Эмоциональные проявления депрессии очень разнообразны. К ним относятся подавленное настроение, пессимистическое отношение к жизни, к будущему, чувство тревоги, отчаяния, вины, снижение самооценки. Человек, страдающий депрессией, испытывает постоянную усталость, печаль, чувство безысходности. Он перестает интересоваться тем, что раньше приносило ему радость, становится равнодушным к окружающим. Соответственно меняется поведение больных: человек утрачивает способность к целенаправленным действиям, не может концентрировать внимание, принимать решения, выполнять рабочие и домашние обязанности, значительно снижается двигательная активность. Нередко возникает привязанность к алкоголю, наркотическим препаратам как способ «подстегнуть» яркость жизни, чувств или наоборот, притупить ощущения тоски, безысходности, собственной ничтожности, вины.

Больным депрессией также свойственны некоторые особенности мышления: оно замедляется, появляются трудности концентрации внимания, памяти, переключения.

Мысли о себе становятся негативными, человек фиксируется на отрицательных сторонах своей жизни, считает себя ненужным, никчемным, обременительным для родственников.

Помимо изменений эмоциональной сферы, для депрессий также характерны физиологические (соматические) проявления. Чаще всего нарушается режим сна и бодрствования, возникает бессонница. Аппетит может исчезнуть полностью или, наоборот, усилиться и приводить к перееданию. Больные жалуются на боли в области сердца, желудка, страдают запорами. Заметно снижается энергетический запас организма, пациенты быстро переутомляются даже при небольших физических и умственных нагрузках. Нередко возникают расстройства сексуальной сферы.

Опасным моментом в развитии депрессии становятся суицидальные мысли и тенденции на фоне значительно сниженного настроения. Наиболее острыми в данном отношении являются моменты начала и выхода из депрессии, когда настроение снижено значительно, а физическая активность сохранена (восстановилась). В эти моменты требуется особое внимательное отношение окружающих для предотвращения суицидальных действий, своевременного оказания поддержки и помощи.

Депрессия – заболевание, достаточно хорошо поддающееся комплексному лечению, включающему в себя применение антидепрессантов, различных методов психотерапии, решение социальных проблем, обучение навыкам межличностного общения, повышение самооценки, работу с членами семьи пациента. Раннее обращение пациента к квалифицированному специалисту, соблюдение рекомендаций, вера в свои силы и поддержка близких создает прочную основу для выздоровления.

Человеку, страдающему депрессией, кроме медикаментозного лечения можно посоветовать:

- планировать деятельность, которая доставляет удовольствие и вселяет уверенность;
- стараться сопротивляться пессимизму и самообвинениям, не сосредотачиваться на неприятных мыслях и чувствах вины;

- не принимать важных жизненных решений в этот период под влиянием пессимистических мыслей (например, расторгнуть брак, оставить работу);
- постараться проанализировать текущие жизненные проблемы и стрессоры;
- сосредоточиться на малых конкретных шагах, которые можно сделать в направлении улучшения своего самочувствия;
- общаться с людьми, понимающими и способными оказать поддержку;
- занятия спортом и деятельностью, доставляющей удовольствие, методы релаксации будут способствовать облегчению состояния и улучшению настроения;
- после того, как наступит улучшение, составить для себя план действий, которые следует предпринять в случае появления признаков депрессии.

Глава 3. Этика в психиатрии

Этико-правовые основы психиатрии. Моральные и правовые нормы являются основными социальными нормами, регулирующими сложные отношения в области оказания психиатрической помощи. В связи с этим на международном и национальном уровнях принят ряд документов, посвященных этико-правовым проблемам психиатрии. Одним из основных международных нормативных актов медицинской этики в области психиатрии является Гавайская декларация, принятая Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) в 1977 г. и переработанная в 1983 г. Прямое отношение к обсуждаемой теме имеют также «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии», принятые Генеральной ассамблеей ООН в 1991 г. Широкую известность за рубежом приобрели «Принципы медицинской этики и аннотации к их применению в психиатрии», разработанные Американской психиатрической ассоциацией (АПА), опубликованные в 1973 г. и пересмотренные в 1981 г.

Следует также отметить, что «Женевская декларация» Всемирной медицинской ассоциации (1948 г.) предписывает каждому врачу не допускать никакой дискриминации пациентов отдельных групп в связи с полом, возрастом, вероисповеданием, этнической и национальной принадлежностью, заболеванием и недееспособностью и т. д. Эта норма должна работать и в психиатрии, так как при оказании психиатрической помощи могут быть моральные и социальные проявления дискриминации.

Этические вопросы психиатрии в определенной мере регулируются новым Законом Республики Беларусь «О психиатрической помощи» от 7 января 2012 г. (далее – Закон). Отличительной особенностью нового Закона является установление презумпции отсутствия психического расстройства. Смысл этой презумпции заключается в том, что лицо считается не имеющим психического расстройства, пока наличие психического расстройства не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным законом. Статья 20 Закона предписывает предоставлять информацию о состоянии

психического здоровья пациента в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии, а статья 27 устанавливает независимость врача-специалиста при оказании психиатрической помощи, который при принятии решения должен руководствоваться медицинскими показаниями, врачебным долгом, требованиями медицинской этики и деонтологии и актами законодательства.

На X Всемирном психиатрическом конгрессе в Мадриде (1996) было принято решение разработать примерный кодекс этических стандартов в психиатрии, на основе которого национальные психиатрические службы могли бы создавать аналогичные кодексы в своих странах с учетом социальных, экономических и других особенностей этих стран. Белорусской психиатрической ассоциацией на основании этих стандартов был принят «Кодекс профессиональной этики врача-психиатра Республики Беларусь» (далее – Кодекс).

В основу Кодекса легло положение о том, что медицинская профессия во все времена подчинялась этическим нормам, которые были и есть важной частью профессиональной подготовки и профессиональной деятельности врача. Для психиатра, имеющего дело с психическим здоровьем и поведением человека, в силу специфики его профессии соблюдение этических норм приобретает особую актуальность.

Кодекс, принятый Белорусской психиатрической ассоциацией, сформулировал и закрепил основные нормы и правила этического поведения в профессии. Изложенные в нем правила не являются законами, но представляют собой стандарты поведения психиатра. Кодекс основывается на гуманистических традициях отечественной медицины, принятых сегодня мировым психиатрическим сообществом.

Согласно Кодексу главная цель деятельности психиатра состоит в оказании компетентной психиатрической помощи всякому нуждающемуся в этом пациенту. Неэтичным являются любые предпочтения при оказании психиатром помощи, основывающиеся на особенностях экономического, социального, семейного положения пациента, его пола, возраста, расовой, национальной, религиозной, политической принадлежности и других соображений немедицинского характера. Неэтичным и недопустимым являются любые формы

проявления превосходства над пациентом и унижения его достоинства в ходе оказания помощи.

В документе подчеркнуто, что психиатр не вправе критиковать или навязывать пациенту свои философские, религиозные, политические, социальные и иные взгляды, выходящие за рамки его профессиональной деятельности. Диагноз психического расстройства не может основываться на расхождении взглядов пациента с принятыми в обществе.

Кодексом закреплён принцип терапевтического сотрудничества и «терапевтического контракта» при оказании психиатрической помощи. Психиатр обязан уважать право пациента на отказ от лечения и обследования после предоставления всей необходимой информации. Никакое психиатрическое вмешательство не может быть проведено против воли пациента, за исключением случаев, когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент не в состоянии оценить, что является для него благом, и когда без такого вмешательства с высокой вероятностью могут наступить тяжелые последствия для пациента или окружающих, либо когда проведение психиатрического обследования и лечения определено действующими в стране законами. Недопустимым является использование любых диагностических и лечебных процедур с целью наказания пациента, либо для удобства врача или персонала, либо с любыми иными немедицинскими целями. Пациент должен быть полностью проинформирован о возможных побочных эффектах, осложнениях и других негативных последствиях предполагаемого лечения либо обследования.

Также в Кодексе подтверждена международная норма, согласно которой психиатр не вправе участвовать в пытках, казнях, иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми.

Отдельная статья документа посвящена врачебной тайне. Психиатр обязан соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, полученной им в ходе оказания помощи. Неэтичным является разглашение любых сведений, включая и сам факт оказания помощи, без получения согласия на то пациента. Клинические материалы, используемые в обучении, должны быть зашифрованы с целью сохранения анонимности пациентов. Психиатр вправе разгласить

сведения, составляющие врачебную тайну, независимо от согласия пациента только в случаях, предусмотренных законом или когда нет другой возможности для предотвращения серьезного вреда пациенту или окружающим. При этом врач должен поставить пациента в известность о неизбежности раскрытия информации.

Кодексом установлено, что при оказании психиатрической помощи неэтичным является использование психиатром труда пациента в личных целях, заключение с ним имущественных сделок, вступление в интимные отношения, удовлетворение каких-либо иных потребностей за счет пациента. Неэтичным является оказание любого давления на пациента или его родственников с целью получения благодарности от них. Высоко этичным является предоставление психиатром безвозмездной помощи неимущим.

Ряд положений рассматриваемого документа касается отношения врача-психиатра к себе и к коллегам. Психиатр должен делать все от него зависящее для консолидации, развития и повышения авторитета профессионального сообщества, к которому он принадлежит, защищать честь и достоинство своих коллег, делиться с ними своими профессиональными знаниями и опытом. Психиатр ответственен за непрерывное повышение собственной квалификации и должен находить время на обучение. Этичным является выражение несогласия с мнениями своих коллег либо критика их действий, если это делается внутри профессионального сообщества и в неоскорбительной форме. Недопустимы отрицательные высказывания о работе коллег, адресованные или сделанные в присутствии пациентов и их родственников. Неэтичны любые попытки повысить свой авторитет путем дискредитации работы коллег.

Психиатр обязан препятствовать практике бесчестных и некомпетентных врачей, как и непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов. Психиатр специализируется в той медицинской профессии, в которой он получил подготовку и куда он относит своих пациентов. Неэтично, если психиатр регулярно практикует за пределами своей профессиональной компетенции или в области, где он не получил достаточной подготовки.

Кодексом профессиональной этики предусмотрена ответственность за нарушение его норм. Органом, контролирующим соблюдение этических норм, является Этическая Комиссия Белорусской Психиатрической Ассоциации и этические комиссии ее областных отделений.

Этико-правовые дилеммы психиатрии. Среди медицинских дисциплин психиатрия является наиболее социальной, что во все времена превращало ее в арену острой борьбы различных идеологий, общественных мнений, социальных, этических, правовых концепций и возлагало на психиатров высочайшую нравственную ответственность перед обществом. В современной психиатрии сохраняется ряд этико-правовых проблем (или дилемм), которые напрямую связаны с особенностями психиатрии.

Во-первых, круг лиц и явлений психиатрической жизни, оказавшихся в поле зрения психиатров, т. е. ставших предметом диагностических оценок, лечебных и профилактических воздействий, чрезвычайно расширился. Психиатров стали интересоваться не только больные или «условно больные», но и практически здоровые лица в аспекте вероятности возникновения у них психических расстройств. Одновременно возник риск расширительного толкования понятий психической патологии, гипердиагностики психических заболеваний. В этих условиях возрастает опасность не только ошибочных суждений, но и намеренных искажений действительности, установления психиатрами ложных диагнозов под давлением социальных обстоятельств или субъективных предубеждений. Поскольку цена таких искажений слишком велика, профессиональная этика требует от психиатра предельной честности, объективности и ответственности при вынесении заключений о состоянии психического здоровья обследуемых лиц.

Во-вторых, диагноз психического расстройства несет в себе негативную социально-этическую нагрузку. Лица, признанные душевнобольными, как бы гуманно ни относилось к ним общество, неизбежно попадают в особую категорию людей, лишенных в полной мере доверия и потому ущемленных в моральном отношении и испытывающих на себе различные социальные ограничения. Размеры и характер социальных

ограничений, которым подвергаются больные, должны соответствовать степени тяжести их психических расстройств, а не обращаться фатально против каждого, кто получает помощь у психиатра. Отсюда вытекает еще одна важная задача психиатрической этики – повышение толерантности общества к лицам с психическими отклонениями, преодоление предвзятости, отчуждения, а также регулирование социальных санкций в отношении психически больных.

В-третьих, существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских дисциплин, является применение к некоторым категориям больных недобровольных мер. При этом имеет место противоречие между необходимостью применения медицинских мер к лицам, которые в силу своего болезненного состояния представляют опасность или не осознают грозящего им вреда, и, с другой стороны, их отказом от предлагаемой медицинской помощи. Ситуация значительно усложняется в тех случаях, когда болезнь проявляется не столь грубыми и очевидными для всех нарушениями, а умеренно выраженными признаками при формально организованном поведении. Применение принуждения в таких случаях бывает неожиданным для больного и окружающих и производит впечатление актов произвола, репрессии, а уж никак не помощи. Возможность принуждения, прямого или косвенного, создает вокруг психиатрии пугающий ореол, вызывает недоверие общества к психиатрам и порождает у граждан естественное стремление оградить себя от необоснованного вмешательства в свою жизнь. И если отказ от принуждения в психиатрии нереален до тех пор, пока существуют тяжелые психические расстройства, то установление социального контроля за применением насильственных мер вполне достижимо. Таким образом, задачей психиатрической этики является ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, что служит гарантией соблюдения прав человека.

Четвертая особенность психиатрии состоит в том, что пациенты, с которыми она имеет дело, разнообразны по своей способности к волеизъявлению. На одном полюсе находятся те больные, которые из-за тяжелых нарушений психики не

могут не только самостоятельно защитить, но и выразить свои интересы. На другом полюсе – те, которые по степени своей личностной автономии, интеллектуального развития, правового и нравственного сознания не уступают врачу-психиатру, несмотря на наличие пограничных психических расстройств. Из этого следует неоднозначность модели взаимоотношений между врачом и пациентом.

Применительно к первой категории больных с психозами и слабоумием адекватной является патерналистская (родительская) модель, которая оставляет за врачом последнее слово в выборе методов оказания психиатрической помощи и ограничивает участие пациента в принятии решения. Патерналистский подход не означает полного игнорирования мнений или предпочтений больного, подавления его воли и безграничного принуждения. Подобно всякому разумному родителю, врач стремится прежде всего к взаимопониманию, допускает свободу, инициативу «подопечного» и лишь в решающие моменты использует всю полноту данной ему власти, но все же власть эта настолько велика, что не должна оставаться без этического контроля. Ее нравственными ограничителями служат добросовестность и ответственность врача-психиатра.

Отношения врача и пациента с менее тяжелыми психическими расстройствами строятся на основе партнерства с четким распределением полномочий. Врач выступает в роли компетентного профессионала, который оценивает состояние здоровья пациента, сообщает ему свое мнение и предлагает ту или иную медицинскую помощь, а пациент выбирает или отклоняет эти предложения по своему усмотрению. Ответственность за выбор и решение ложится на пациента, а за качество обследования и лечения – на врача. В партнерской модели нет места принуждению – психиатрическая помощь оказывается исключительно на добровольных началах. Однако и в этой модели есть этически уязвимые места. Право пациента на самоопределение, его ответственность за принятие решения (особенно в случае отказа от медицинской помощи) могут оказаться ширмой, скрывающей безответственность врача, его незаинтересованность в здоровье и благополучии пациента. Если при патерналистских отношениях забота о больном сопряжена с ограничением свободы и врачебным

вмешательством, то при партнерских отношениях соблюдение свободы и невмешательства порой чреваты безразличием к судьбе пациента.

Более привлекательна поэтому совещательная модель, когда врач выступает не как бесстрастный функционер, выполняющий заказы потребителя, а как друг, учитель, советчик, помогающий пациенту выбрать правильное решение.

Все модели взаимоотношений врача-психиатра и пациента имеют право на существование в психиатрической практике. Задача состоит лишь в их адекватном применении. Партнерские или совещательные отношения при оказании экстренной помощи больному с кататоническим возбуждением либо при госпитализации слабоумного, беспомощного пациента так же морально и профессионально неприемлемы, как и патерналистский подход к лицу, страдающим невротическим расстройством. Даже по отношению к одному и тому же пациенту указанные модели могут сменять друг друга на разных этапах течения болезни, например, в период обострения и во время ремиссии. В этом заключается специфика и сложность психиатрии.

Таким образом, очередную задачу психиатрической этики можно сформулировать как установление оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.

Пятой особенностью психиатрии как объекта этического регулирования является двуединая функция защиты интересов больного и интересов общества. Противоречивость этого требования следует из несовпадения личных и общественных интересов, что, однако, не означает их полной и абсолютной противоположности. Общим моральным основанием, из которого исходит любая медицинская, в том числе психиатрическая практика, является позитивная ценность здоровья и жизни человека.

Предполагается, что сохранение и укрепление психического здоровья находится в сфере интересов каждого отдельного человека и общества в целом. Утрата же этого глубинного и естественного интереса свидетельствует о серьезном неблагополучии индивидуального или общественного

сознания, о наличии деструктивных тенденций. Таким образом, в профессиональной деятельности врача-психиатра, направленной на устранение психических расстройств и охрану психического здоровья, интересы отдельного больного и общества совмещаются. Этот нравственный постулат сохраняет свое принципиальное значение при анализе трех типов конфликтных ситуаций, когда: 1) актуальное поведение больного противоречит его собственным объективным интересам; 2) поведение больного противоречит общественным интересам; 3) общество или отдельные его члены наносят ущерб интересам больного.

В ситуациях первого типа врач-психиатр ставит во главу угла предотвращение угрозы здоровью и жизни пациента, которую он представляет для самого себя. Исходя из этого, врач оказывает медицинскую помощь, а также дает рекомендации по ряду связанных со здоровьем социальных и личных вопросов. Если же пациент настолько тяжело болен, что неспособен к разумным действиям, то во имя сохранения его здоровья и жизни морально оправданы недобровольное оказание медицинской помощи и патерналистская опека.

В ситуациях второго типа, когда поведение пациента носит антиобщественный характер, к заботе о его здоровье и жизни добавляется еще и задача предотвращения со стороны больного действий, представляющих опасность для окружающих. В случае тяжелых психических расстройств, обуславливающих такую опасность, также допустимы и оправданы недобровольные медицинские меры и патерналистский подход, не равнозначные «полицейским» мерам и наказанию.

В ситуациях третьего типа врач, безусловно, защищает интересы пациента с тем большей активностью, чем меньше сохранена способность больного к эффективной самозащите и чем выше риск причинения ущерба его здоровью и благополучию извне. При этом психиатр оказывается в оппозиции к тем, кто ущемляет интересы больного, и в целях его защиты апеллирует к закону и нравственному сознанию общества.

Таким образом, психиатрическая этика стремится к достижению баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Глава 4. Актуальные вопросы организации труда людей с психическими заболеваниями

4.1 Краткий анализ ситуации в сфере занятости людей с ограниченными возможностями в Республике Беларусь

По данным Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь на август 2012 г. на учете в органах по труду, занятости и социальной защите состояли 515,4 тысяч человек с ограниченными возможностями, что составляет более 5,4 % от общей численности населения страны¹.

Несмотря на принимаемые государством меры по социальной поддержке людей с ограниченными возможностями, ситуация в сфере занятости указанной категории продолжает оставаться достаточно напряженной. По данным социологического опроса, проведенного Научно-исследовательским институтом труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, уровень занятости среди инвалидов составляет 17,2 %², в то время как уровень общей занятости в стране в аналогичный период достиг 76,7 %.

Следует обратить внимание, что в вышеуказанном опросе принимали участие также лица с психическими заболеваниями, которые составили 5,9 % от всех респондентов (237 человек). Уровень занятости среди данной категории является еще более низким и составляет всего 10,2 %, хотя профессиональное образование (профессионально-техническое, среднее специальное или высшее) имеется у 30,6 % людей с психическими заболеваниями. При этом ни

¹ По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь численность населения Республики Беларусь на конец июля 2012 г. составила 9457,1 тысяч человек.

² Обследование положения инвалидов в Республике Беларусь: Отчет учреждения «Научно-исследовательский институт труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь» / С.В. Шевченко и др. – Минск: Тесей (далее – Отчет НИИ труда), с. 43.

Под уровнем занятости в данном случае понимается удельный вес инвалидов, работающих на момент проведения опроса, среди общего числа инвалидов, принявших участие в опросе. Обоснованная репрезентативность выборки позволяет использовать данные для оценки уровня занятости инвалидов в целом по стране.

один инвалид I группы, имеющий психическое заболевание, не работал на момент проведения опроса, среди инвалидов с психическими заболеваниями II группы работающими являлись 7,2 %, среди инвалидов III группы – 38,7 %.

Таким образом, уровень занятости среди инвалидов с психическими заболеваниями, как правило, является еще более низким по сравнению с уровнем занятости инвалидов в целом. Это объясняется тем, что представители данной категории граждан могут быть признаны недееспособными и потому не могут выступать субъектами трудовых отношений. Многие из числа инвалидов с психическими заболеваниями фактически считаются «нетрудоспособными» и не могут быть трудоустроены – не только на открытом рынке труда, но и на специализированных предприятиях, поскольку имеют соответствующие медицинские противопоказания. Еще одной причиной меньшей востребованности рассматриваемой категории инвалидов на рынке труда является предубеждение нанимателей в отношении людей с психическими расстройствами (заболеваниями).

В целом, по результатам социологического исследования НИИ труда, уровень занятости людей с ограниченными возможностями зависит от следующих факторов³:

- тяжести имеющихся заболеваний и травм. Среди инвалидов I и II группы отмечен очень низкий удельный вес работающих – 4,3 % и 5,7 % соответственно. Среди инвалидов с более легкими формами нарушений здоровья (III группа инвалидности) уровень занятости составил 46,7 %;
- характера имеющегося заболевания или травмы. Наибольший удельный вес работающих среди инвалидов с заболеваниями органов слуха (56,8 %), заболеваниями эндокринной системы (36,3 %), заболеваниями крови (33,3 %). Наименьший удельный вес работающих среди инвалидов с заболеваниями системы кровообращения (6,3 %), заболеваниями органов дыхания (8,1 %), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (9,2 %), психическими заболеваниями (10,2 %), заболеваниями нервной системы (12,6 %);
- уровня достигнутого образования. Так, среди работающих инвалидов 65,8 % составляют те, кто имеет профессиональное

³ Отчет НИИ труда, с. 43–49.

образование (профессионально-техническое, среднее специальное или высшее), и, наоборот, большинство (57 %) неработающих инвалидов не имеют профессионального образования, из них 21,4 % не имеют общего среднего образования;

- местности проживания. Если уровень занятости инвалидов в городской местности достигает 19,4–19,8 %, то в сельской местности он значительно ниже – всего 12 %;

- принадлежности к определенной возрастной группе. Наиболее активными в плане трудовой деятельности являются инвалиды в возрасте от 25 до 30 лет, удельный вес работающих среди них наиболее высокий – 50,4 %. С повышением возраста респондентов уровень их трудовой активности постепенно снижается, наименьший удельный вес работающих отмечен среди инвалидов старше 60 лет, то есть среди пенсионеров – 6,3 %. Невысокий уровень занятости также среди инвалидов в возрасте от 18 до 20 лет – 7,7 %. Это обусловлено, с одной стороны, вовлеченностью молодежи в процесс обучения (60,9 % неработающих инвалидов указанной возрастной группы на момент проведения опроса обучались в различных учреждениях образования); с другой стороны, для инвалидов в молодом возрасте характерно более широкое распространение такой причины инвалидности, как заболевания нервной системы, психические заболевания, а также аномалии развития, которые существенно ограничивают возможность трудовой деятельности;

- способности к самостоятельному передвижению. Ограничения передвижения инвалидов сужают возможности их трудоустройства. Так, среди работающих практически все инвалиды (92,9 %) передвигаются полностью самостоятельно, среди неработающих инвалидов более половины имеют ограничения в передвижении: 5,2 % респондентов не передвигается вовсе, для 19 % передвижение ограничено квартирой (домом), для четверти неработающих респондентов передвижение ограничивается либо территорией ближайшего соседства (14,9 %), либо районом проживания, населенным пунктом (12,1 %).

Основной причиной своей незанятости в настоящее время неработающие инвалиды с психическими заболеваниями назвали состояние здоровья, обусловленное инвалидностью

(73,1 %), еще 20,8 % не работают из-за достижения пенсионного возраста. Последнее объясняется тем, что среди неработающих инвалидов с психическими заболеваниями 20,7 % составили люди старше 60 лет. Таким образом, преимущественно отсутствие трудовой занятости инвалидов с психическими заболеваниями связано с тем, что возможность их социальной и трудовой интеграции значительно ниже, виды деятельности, к которым могут привлекаться люди указанной категории, весьма ограничены. Во многих случаях для интеграции инвалидов с психическими заболеваниями в трудовую деятельность недостаточно создания специализированного рабочего места. Необходима комплексная оценка с учетом медицинских показаний и(или) противопоказаний содержания тех работ или даже операций, которые могут выполнять люди в соответствии со спецификой имеющихся у них заболеваний, достигнутого уровня образования, склонностей и способностей к определенной профессии и др. Кроме того, необходима также разработка специальных мер поддержки указанных категорий людей и подбор оптимальных форм занятости

Из общего числа неработающих инвалидов с психическими заболеваниями желание начать работать выразили 20,1 %. Большинство из таких людей нуждается в специальных мерах по содействию в трудоустройстве: подбор профессии (на это указало более половины желающих начать работать неработающих инвалидов с психическими заболеваниями – 61,3 %), оказание помощи в прохождении подготовки, переподготовки и повышения квалификации (29,0 %), а также в тренировке профессионально значимых функций (16,1 %).

Основной стратегией поиска работы для таких граждан является самостоятельный поиск работы, на что указали 54,8 % неработающих инвалидов с психическими заболеваниями, но желающих начать работать; за содействием в органы по труду, занятости и социальной защите обращались 22,6 % и 12,9 % прибегали к помощи родственников, друзей и знакомых. По мнению данной группы респондентов, может быть выделен ряд причин, которые мешают им трудоустроиться:

- нежелание нанимателей трудоустраивать людей с инвалидностью (87,3 %);

- ограниченность видов работ, которые может выполнять человек ввиду имеющихся у него заболеваний (56,3 %);
- необходимость создания на рабочем месте специальных условий, в том числе особого графика работы (15,6 %) и(или) специально организованного рабочего места (12,4 %);
- необходимость создания условий для выполнения работы на дому (15,6 %);
- необходимость предоставления сопровождающего (помощника) (9,7 %).

На оказание содействия в поиске работы и трудоустройстве направлена деятельность органов по труду, занятости и социальной защите. При этом для людей с ограниченными возможностями предусмотрен ряд специальных мер. За период с 2006 по 2011 гг. в качестве безработных в органах по труду, занятости и социальной защите было зарегистрировано более 24,8 тыс. инвалидов. При этом число инвалидов, обращающихся в органы по труду, занятости и социальной защите за содействием в трудоустройстве и регистрируемых в качестве безработных, увеличивается – в 2011 г. по сравнению с 2006 г. число зарегистрированных безработных инвалидов увеличилось в 1,2 раза. В общей численности регистрируемых безработных инвалиды составляют около 2 %.

За период 2006 – 2011 г.:

- оказано содействие в трудоустройстве более чем 14,1 тыс. инвалидов из числа безработных, в частности в 2011 году трудоустроено 2288 инвалидов (по данным на 1 января 2012). Показатель трудоустройства среди безработных инвалидов составляет около 44 %;
- на профессиональное обучение, переобучение и повышение квалификации направлено около 2,3 тыс. инвалидов, в том числе в 2011 году – 475 инвалидов (по профессиям: слесарь-сантехник, мастер по маникюру, лифтер, оператор ПЭВМ, бухгалтер, оператор котельной газовой, парикмахер, продавец и др.). При этом на протяжении последних пяти лет удельный вес инвалидов, направленных на профессиональное обучение, переобучение и повышение квалификации, в общей численности безработных инвалидов увеличивался;
- организована трудовая реабилитация более чем для 2686 инвалидов, в том числе в 2011 г. обеспечена трудовая

реабилитация 526 инвалидов на 187 предприятиях. При этом на протяжении последних пяти лет удельный вес инвалидов, для которых организована трудовая реабилитация, в общей численности безработных инвалидов увеличился почти в 2 раза: с 5,4 % в 2006 г. до 10,3 % в 2011 г.

Принимаемые государством меры позволяют в определенной степени улучшить ситуацию в сфере занятости людей с ограниченными возможностями, однако более эффективное решение данной проблемы возможно только при обеспечении сотрудничества государственных структур, общественных объединений инвалидов и нанимателей.

4.2 Трудоустройство людей с психическими заболеваниями в соответствии с законодательством Республики Беларусь

В законодательстве Республики Беларусь содержатся положения, закладывающие основы системы трудоустройства людей с психическими заболеваниями (расстройствами).

В соответствии со статьей 41 *Конституции Республики Беларусь* гражданам гарантируется право на труд как наиболее достойный способ самоутверждения человека. Это означает признание права каждого на выбор профессии, рода занятий и работы в соответствии с призванием, способностями, образованием, профессиональной подготовкой и с учетом общественных потребностей, а также на здоровые и безопасные условия труда. При этом государство берет на себя обязательства по созданию условий для полной занятости населения. Закрепленное основным Законом право на труд принадлежит, в том числе, людям с психическими заболеваниями.

Статьей 14 *Трудового кодекса Республики Беларусь* установлен запрет на дискриминацию в сфере трудовых отношений, в том числе запрет на ограничение в трудовых правах на основе имеющихся недостатков психического характера. Однако подчеркивается, что данный запрет справедлив в том случае, если имеющиеся недостатки не препятствуют выполнению соответствующих трудовых обязанностей.

Дополнительные гарантии, в том числе в сфере образования и занятости, предназначенные исключительно для людей с психическими заболеваниями (расстройствами), содержатся

в *Заоне Республукн Белорусь от 07.01.2012 № 349-З «Об оказании психиатрической помощи»*. В частности, статьей 14 названного Закона предусмотрено, что с целью содействия повышению образовательного уровня и обеспечения занятости людей с психическими расстройствами (заболеваниями) государство принимает меры по созданию:

- условий для получения лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями), образования в соответствии с состоянием их здоровья и познавательными возможностями;

- условий для труда лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

- лечебно-производственных организаций для трудовой терапии, обучения новым специальностям (профессиям) и трудоустройства в эти организации лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

К сожалению, первые две из перечисленных мер носят общий характер и не содержат указаний на конкретные мероприятия, которые призваны способствовать их практической реализации. При этом следует отметить, что ранее действовавшей редакцией Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (от 1.07.1999 № 274-З) некоторые меры были конкретизированы и включали установление обязательной квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной формы собственности для трудоустройства граждан, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), а также применение методов экономического стимулирования предприятий, учреждений, организаций, предоставляющих рабочие места для граждан, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями). Тем не менее в новой версии аналогичного закона данные меры не перечислены отдельно, но, по всей вероятности, могут рассматриваться как составляющие меры «создание условий для труда лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями)» – если под «условиями» понимать не только непосредственное оснащение рабочего места, но также мероприятия организационного, финансового и иного характера.

Таким образом, лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами,

предусмотренными Конституцией Республики Беларусь. Кроме того, государство устанавливает для указанных лиц дополнительные меры социальной поддержки: особые программы и стандарты в области общеобразовательного и профессионального обучения инвалидов с психическими расстройствами; оказание содействия в трудоустройстве; предоставление иных видов услуг медицинского и социального характера.

Однако при тяжелых психических заболеваниях возникают ситуации, когда граждане могут быть подвержены принудительному лечению, ограничены в осуществлении отдельных видов трудовой деятельности и даже признаны недееспособными.

Сама возможность установления недееспособности человека существенно ограничивает его права, в том числе в области трудовой занятости. В случае признания недееспособным человек оказывается фактически исключенным из сферы трудовых отношений, поскольку не может отныне являться участником трудового договора. В соответствии со статьей 22 *Трудового кодекса Республики Беларусь* трудовой договор, заключенный с лицом, признанным недееспособным вследствие душевной болезни, признается недействительным.

Безусловно, законодательство содержит нормы, свидетельствующие об исключительности и необходимой обоснованности случаев лишения граждан дееспособности. Тем не менее современной тенденцией среди развитых стран является отказ от возможности признания лица недееспособным, что рассматривается как нарушение его прав.

Помимо мер дополнительной поддержки людей с психическими расстройствами (заболеваниями) *Законом Республики Беларусь от 07.01.2012 № 349-З «Об оказании психиатрической помощи»*, установлены ограничения осуществления отдельных видов профессиональной деятельности. Речь идет о работах с источником повышенной опасности (статья 23), а также о государственной службе и работе с государственными секретами (статья 24). При этом государство строго контролирует установление ограничений на трудовую деятельность в связи с психическим расстройством (заболеванием). В-первых, законодательно предусмотрен срок действия ограничения для осуществления отдельных видов профессиональной

деятельности и(или) деятельности, связанной с источником повышенной опасности (не более 5 лет). Во-вторых, это решение принимается врачебно-консультационной комиссией государственной психиатрической организации на основании психиатрического освидетельствования в соответствии с перечнями психических расстройств (заболеваний), препятствующих выполнению работ по отдельным специальностям (профессиям), работе с источником повышенной опасности, установленными Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В-третьих, решение врачебно-консультационной комиссии может быть обжаловано гражданином или его законным представителем в установленном порядке.

В целом, основная часть предусмотренных законодательством мер дополнительной поддержки и обеспечения трудоустройства лиц с психическими заболеваниями распространяется только на граждан с установленной степенью инвалидности. При этом без гарантированной поддержки остаются граждане, страдающие психическими заболеваниями, но формально не являющиеся инвалидами.

Для инвалидов, в том числе инвалидов вследствие психических заболеваний, предусмотрены различные способы трудоустройства.

Так, в статье 233 *Трудового кодекса Республики Беларусь* и статье 19 *Закона Республики Беларусь* от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХП «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» закреплено право инвалидов на работу у нанимателей с обычными условиями или в специализированных организациях, цехах и на участках, применяющих труд инвалидов, а также заниматься предпринимательской и иной деятельностью, не запрещенной законодательством, при этом не допускается любое ущемление прав по мотивам инвалидности, за исключением случаев, когда в соответствии с медицинским заключением состояние здоровья препятствует выполнению трудовых обязанностей, т.е. медицинский диагноз предопределяет возможность реализации права инвалида на труд. По заключению врачей инвалиду может быть отказано в праве на выполнение работ в соответствии с его заинтересованностью и готовностью приобрести какую-либо профессию и трудоустроиться.

Медико-реабилитационная экспертная комиссия (МРЭК) устанавливает те виды деятельности, по которым противопоказано заниматься инвалиду. Однако медицинские работники, из которых комплектуются МРЭК, не всегда имеют возможность оценить требования, предъявляемые к исполнителям на конкретном рабочем месте. Поэтому при разработке мероприятий по реабилитации и трудоустройству инвалидов должны принимать участие работники органов по труду, занятости и социальной защите, специалисты по профессиональной и трудовой реабилитации. Однако в настоящее время соответствующая законодательная норма (статья 21 *Закона Республики Беларусь* от 23 июля 2008 № 422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов») не имеет обязательного характера, хотя на практике имеют место случаи привлечения к работе МРЭК специалистов органов по труду, занятости и социальной защите с правом совещательного голоса. Аналогичная норма рекомендательного характера указана в *Положении о медико-реабилитационных экспертных комиссиях*, утвержденном Постановлением совета Министров Республики Беларусь от 16 октября 2007 г. № 1341. С целью повышения продуктивности трудовых рекомендаций, выдаваемых инвалидам МРЭК, эффективности трудовой реабилитации лиц с умственными и множественными нарушениями развития и расширения возможностей трудоустройства инвалидов, целесообразно усилить взаимодействие между МРЭК и органами по труду, занятости и социальной защите. В частности, целесообразно предусмотреть процедуру информирования работников МРЭК о состоянии регионального рынка труда и имеющихся вакансиях, обеспечить приоритетность направления органами по труду, занятости и социальной защите инвалидов на прохождения трудовой реабилитации в соответствии с теми профессиями, которые указаны в ИПР и др.

Для инвалидов, в том числе людей с психическими заболеваниями, которые не могут в полной мере быть трудоустроены ни на обычные, ни на специализированные рабочие места, предусматриваются иные формы обеспечения занятости, базирующиеся на мероприятиях по трудовой терапии и трудовой реабилитации. Так, для инвалидов с наиболее

тяжелыми формами психических заболеваний предусмотрено осуществление по медицинским показаниям трудовой терапии в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах) – в лечебно-трудовых мастерских. Обеспечение социально-бытовой, социально-трудовой и социально-психологической реабилитации людей с более легкими формами психических заболеваний осуществляется отделениями дневного пребывания для инвалидов территориальных центров социального обслуживания населения (далее – ТЦСОН). Отделения дневного пребывания инвалидов организуют свою работу по следующим направлениям (*Примерное положение о территориальном центре обслуживания населения*, утвержденное постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь 17 сентября 2007 г. № 114):

- содействие инвалидам в восстановлении (компенсации) утраченных вследствие заболевания способностей к самообслуживанию и в подготовке к самостоятельной жизни;
- развитие и поддержание у инвалидов навыков поведения, самоконтроля, общения, приобретенных в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, а также пользования техническими средствами социальной реабилитации;
- развитие способностей и интересов у инвалидов к трудовой деятельности, трудовых навыков, обеспечивающих реализацию их потенциальных трудовых возможностей;
- содействие в трудоустройстве инвалидов.

В целях проведения трудотерапии и восстановления (развития) у инвалидов трудовых навыков, в отдельных помещениях отделения дневного пребывания ТЦСОН оборудуются трудовые мастерские, оснащенные необходимым оборудованием, приспособлениями, инструментами и расходными материалами.

Одним из путей осуществления трудовой реабилитации инвалидов, имеющих по заключению МРЭК показания к трудовой деятельности и зарегистрированных в качестве безработных в органах по труду, занятости и социальной защите, является создание на базе ТЦСОН совместно с органами по труду, занятости и социальной защите трудовых мастерских,

в которых молодые инвалиды имеют возможность пройти адаптацию к трудовой деятельности.

Например, при ТЦСОН г. Барановичи функционируют две мастерские, в которых по направлению органов по труду, занятости и социальной защите проходят трудовую адаптацию безработные инвалиды I и II группы: в первой мастерской, специализирующейся на оказании полиграфических и типографских услуг, создано 6 рабочих мест для трудовой адаптации; во второй (швейной) мастерской оборудовано 5 рабочих мест. Продукция, произведенная в названных мастерских, безвозмездно передается в бюджетные учреждения и организации, с которыми ТЦСОН осуществляет сотрудничество. Адаптация инвалидов к трудовой деятельности позволяет обеспечить занятость безработных инвалидов в полном объеме, а также способствует их социальной адаптации. Для большинства молодых людей с ограниченными возможностями работа в трудовых мастерских является первым рабочим местом. Труд формирует у них профессиональные навыки и умения, способствует удовлетворению духовных потребностей, поднимая общественный статус. Это, конечно, в полной мере относится и к людям с психическими заболеваниями. При создании подобных мастерских и иных аналогичных предприятий для прохождения инвалидами, в том числе людьми с психическими заболеваниями, адаптации к трудовой деятельности, из средств Фонда социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, предусмотренных на финансирование соответствующих мероприятий государственных программ содействия занятости населения, могут компенсироваться затраты на оснащение рабочих мест специальными приспособлениями, необходимыми инвалидам для осуществления трудовой деятельности, приобретение спецодежды и расходных материалов, а также на выплату инвалидам заработной платы.

Главным вопросом при адаптировании инвалидов к трудовой деятельности на базе ТЦСОН является готовность и способность людей найти постоянное рабочее место после прохождения адаптации, так как обеспечение постоянной трудовой занятости людей с ограниченными возможностями,

в том числе людей с психическими заболеваниями, не входит в функции ТЦСОН.

В настоящее время в стране существует практика трудоустройства инвалидов, продемонстрировавших в период обслуживания в отделении дневного пребывания для инвалидов ТЦСОН и(или) участия в работе мастерских способность и готовность к осуществлению успешной трудовой деятельности, в качестве сотрудников ТЦСОН или работников специально созданных на базе ТЦСОН «социальных предприятий» (социальной парикмахерской или прачечной, мастерских по ремонту одежды, бюро социальной информации и др.). Например, в Вилейском ТЦСОН инвалиды (правда, с более «легкой», III группой инвалидности) трудятся в бюро социальной информации, созданном на базе отделения дневного пребывания для молодых инвалидов, а также в социальной прачечной, расположенной в отделении социальной адаптации и реабилитации.

В качестве мер дополнительной поддержки инвалидов в сфере трудоустройства можно рассматривать следующие закрепленные в законодательстве нормы (статья 11 *Закона Республики Беларусь* от 15 июня 2006 № 125-З «О занятости населения Республики Беларусь», статьи 27-33 *Закона Республики Беларусь* от 23 июля 2008 № 422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», статьи 20-21 *Закона Республики Беларусь* от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХП «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»):

- установление нанимателям заданий по бронированию рабочих мест для инвалидов;
- предоставление специализированных рабочих мест, затраты на создание которых (свыше 3 % от среднесписочной численности работников) компенсируются нанимателям за счет средств, направляемых на финансирование мероприятий по обеспечению занятости населения, и иных источников, не запрещенных законодательством;
- создание условий для надомного труда инвалидов;
- осуществление профессиональной реабилитации инвалидов, включая услуги профессиональной ориентации, и предоставление гарантий по получению образования инвалидами,

в том числе в обычных условиях или в соответствии со стандартами специального образования;

– организация адаптации инвалидов к трудовой деятельности у индивидуальных предпринимателей, имеющих необходимые возможности и условия, по направлению комитетов по труду, занятости и социальной защите облисполкомов (Минского горисполкома), управлений (отделов) по труду, занятости и социальной защите городских, районных исполнительных комитетов. При этом нанимателям могут компенсироваться затраты по оплате труда инвалидов, на приобретение оборудования, материалов и спецодежды за счет средств, направляемых на финансирование мероприятий по обеспечению занятости населения.

Следует отметить, что предусмотренные меры поддержки инвалидов не всегда имеют однозначные позитивные последствия. Так, статьей 287 *Трудового кодекса Республики Беларусь* и статьей 22 *Закона Республики Беларусь* от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХП «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» для инвалидов I и II группы предусмотрена сокращенная продолжительность рабочего времени – не более 35 часов в неделю. Вследствие этого снижается заинтересованность нанимателей в приеме на работу инвалидов, которые – при одинаковом размере месячной заработной платы с другими работниками – имеют меньшую производительность труда, что связано для нанимателя с ростом издержек и уменьшением размера прибыли. Демотивирующее значение указанной нормы для нанимателей может быть устранено в случае, во-первых, установления сокращенной продолжительности рабочего времени в индивидуальном порядке на основании всесторонней оценки состояния здоровья инвалида; во-вторых, законодательного закрепления возможности полной или частичной компенсации местными исполнительными и распорядительными органами средств, выплаченных нанимателем инвалиду в виде заработной платы за фактически неотработанное время.

Определенные ограничения на нанимателя накладывают *Санитарные правила и нормы 2.2.3.13-57-2005 «Гигиенические требования к организациям, использующим труд инвалидов»*, утвержденные постановлением Главного

государственного санитарного врача Республики Беларусь от 29 декабря 2005 г. № 279. Например, согласно п. 9 названных правил и норм, организациям, использующим труд инвалидов вследствие нервно-психических заболеваний, рекомендуется размещать на базе специальных лечебно-профилактических организаций (психоневрологические больницы, диспансеры, интернаты). Кроме того, установлены определенные требования к составу, размерам и обустройству помещений организаций, использующих труд инвалидов вследствие нервно-психических заболеваний (независимо от характера и тяжести этих заболеваний), что делает труднореализуемым на практике трудоустройство указанных лиц у нанимателей с обычными условиями труда.

В соответствии со статьей 287 Трудового кодекса Республики Беларусь и статьей 22 Закона Республики Беларусь от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХІІ «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» наниматель обязан создавать условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, организовывать профессиональное обучение на производстве, также наниматель не имеет права устанавливать испытательный срок при приеме на работу инвалида, но при этом наниматель не всегда получает необходимую компенсацию затрат, связанных с оснащением рабочего места для инвалида, с его обучением. В соответствии со статьей 22 Закона Республики Беларусь от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХІІ «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» затраты на создание рабочих мест для трудоустройства инвалидов компенсируются нанимателям не во всех случаях, а только при трудоустройстве у данного нанимателя инвалидов в количестве свыше трех процентов от среднесписочной численности работников.

Вместе с тем, для организаций, трудоустроивших 50 % и более инвалидов (от среднесписочной численности работников организации), предусмотрен ряд льгот: в частности, такие организации освобождаются от уплаты налога на прибыль за исключением прибыли, полученной от торговой, торговозакупочной и посреднической деятельности (п. 1.5 ст. 140 *Особенной части Налогового кодекса Республики Беларусь*), налога на добавленную стоимость (п. 1.16 ст. 94 *Особенной*

части Налогового кодекса Республики Беларусь) и ряда других сборов. Если имущество указанных организаций принадлежит общественным объединениям инвалидов или пенсионеров, то они уплачивают страховой взнос по страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере 50 % от страхового тарифа (п. 244 *Положения о страховой деятельности в Республике Беларусь*, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 25 августа 2006 г. № 530). Также наниматели освобождаются от уплаты обязательных страховых взносов на пенсионное страхование в части выплат, начисленных в пользу работающих граждан, являющихся инвалидами I и II группы (ст. 4 Закона Республики Беларусь от 29 февраля 1996 г. № 138-ХІІІ «Об обязательных страховых взносах в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь»); освобождение от уплаты взносов на социальное страхование, страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, освобождение от уплаты налога на прибыль, налога на добавленную стоимость и ряда сборов.

Отдельные гарантии государство предоставляет инвалидам и иным гражданам, официально зарегистрированным в качестве безработных (статья 10 Закона Республики Беларусь от 15 июня 2006 № 125-З «О занятости населения Республики Беларусь»). Эти гарантии включают:

бесплатную профессиональную ориентацию, психологическую поддержку, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации с учетом общественных потребностей в соответствии с имеющимися склонностями, навыками и особенностями их психофизического развития;

предоставление возможности участия в оплачиваемых общественных работах;

содействие в организации предпринимательской деятельности по оказанию услуг в сфере агротуризма, ремесленной деятельности и др.

Таким образом, в Республике Беларусь создана и функционирует система обучения, медицинской и профессиональной реабилитации людей с ограниченными возможностями, обеспечивающая реализацию государственной политики

в области социальной защиты указанной категории граждан, направленной на обеспечение полноправного участия в жизни общества людей с ограниченными возможностями, в том числе людей с психическими заболеваниями.

В рамках реализации государственной политики в области социальной защиты в стране созданы условия для получения образования людьми с особенностями психофизического развития, организовано коррекционно-развивающее обучение инвалидов с тяжелыми и множественными физическими и(или) психическими нарушениями, осуществляется ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет. После достижения совершеннолетия молодые инвалиды с особенностями психофизического развития, которые по медицинским или иным показаниям не способны приступить непосредственно к трудовой деятельности, направляются в ТЦСОНЫ, в которых им обеспечивается трудотерапия, развитие трудовых навыков, способностей и интереса к трудовой деятельности. При наличии у инвалида показаний к трудовой деятельности (в соответствии с рекомендациями МРЭК, отраженными в ИПР инвалида) ТЦСОН могут направить его в органы по труду, занятости и социальной защите для обеспечения их трудовой адаптации на производстве и последующего трудоустройства на рабочем месте.

По мнению специалистов, занимающихся изучением проблем трудоустройства инвалидов в Беларуси, в стране многое делается в области социальной защиты инвалидов, предлагаются льготные условия для нанимателей, осуществляющих трудоустройство указанной категории граждан. Тем не менее сохраняется ряд вопросов, требующих решения. По мнению исследователей, государство должно изменить акценты в отношении инвалидов в трудоспособном возрасте. Вместо усиления социальной поддержки в виде денежных выплат, необходимо увеличить инвестиции в обучение инвалидов, обеспечить постоянное повышение их квалификации. Необходимо также пересмотреть работу МРЭК, на которую возложены функции по формированию конкретных трудовых рекомендаций – притом, что медицинские работники не всегда в полной мере владеют актуальной информацией о специфике

трудовых функций, выполняемых в рамках определенного вида профессиональной деятельности, и о ситуации на рынке труда конкретного региона. Поэтому более целесообразно формирование МРЭК общего заключения по характеру работы для конкретного инвалида в соответствии с медицинскими показаниями; определение, какого рода должна быть наиболее приемлемая работа: в офисе, на дому, на производстве, а органы по труду, занятости и социальной защите должны выдавать рекомендации с учетом мнения инвалида, по какой профессии он может пройти профессиональное обучение и быть трудоустроен. Наряду с реализацией конкретных мер по содействию в трудоустройстве инвалидов – в том числе специализированных мер для категорий людей с ограниченными возможностями, испытывающих наибольшие сложности на рынке труда, – например, для людей с психическими заболеваниями, необходима организация общественной пропаганды с целью постепенного искоренения в обществе негативных стереотипов в отношении людей с ограниченными возможностями, в том числе людей с психическими заболеваниями, не позволяющих нанимателям воспринимать их как полноценных работников.

Следует учесть, что сами инвалиды также не проявляют должную настойчивость в поиске подходящей работы. Они менее активны в этом поиске, чем граждане без инвалидности. Инвалиды нередко соглашаются на низкооплачиваемую неквалифицированную работу, а порой на скрытую безработицу (фиктивное оформление на работу инвалида, который фактически не работает и не приобретает профессиональный опыт, но получает крайне небольшую заработную плату). Поэтому в комплекс мероприятий по профессиональной и трудовой реабилитации людей с ограничениями также должны входить занятия по усилению мотивации к труду, а также формированию навыков самостоятельного поиска работы, составления резюме, прохождения интервью. Для отдельных категорий людей с ограниченными возможностями, в том числе для людей с психическими заболеваниями, особое значение имеет организация помощи и сопровождения на этапе адаптации к трудовой деятельности, интеграции в трудовой коллектив, освоения трудового распорядка и т.п.

Основная проблема, по мнению исследователей, состоит в недостаточности диалога между государством, инвалидами и нанимателями, недостаточной скоординированности работы структур, оказывающих инвалидам содействие в трудоустройстве. Главная роль в организации взаимодействия на принципах партнерства может принадлежать, по нашему мнению, Министерству труда и социальной защиты Республики Беларусь, которое способно организовать диалог между общественными объединениями инвалидов и общественными объединениями нанимателей. Общественные объединения инвалидов должны искать и предлагать новые формы диалога и взаимодействия инвалидов и нанимателей. Диалог трех сторон поможет пересмотреть работу органов здравоохранения (изменить практику работы МРЭК и др.), совершенствовать систему образования инвалидов (расширить применение системы дистанционного обучения), обеспечить непрерывное повышение их квалификации, изменить практику экономического стимулирования нанимателей, создающих рабочие места для инвалидов. Объединения инвалидов должны активизировать работу по социально-психологической подготовке инвалидов к поиску работы (тренинги общения, интернальности, уверенности в себе и др.).

Глава 5. Организация труда людей с психическими заболеваниями на примере Великобритании

В Англии содействие занятости давно стало важной частью системы помощи людям с психическими заболеваниями. Однако занятость людей с проблемами психического здоровья принимала, как правило, форму защищенного трудоустройства и была тесно связана с крупными психиатрическими центрами. Разукрупнение больших психиатрических центров, а в дальнейшем и закрытие многих из них в течение 1990-х гг. было связано с развитием общественных служб охраны психического здоровья. В результате программы занятости людей с психическими заболеваниями переместились из больниц в социальную сферу, большинство из них координируется негосударственными организациями. Увеличение занятости в течение последних лет XX-го века сопровождалось расширением программ занятости для людей с психическими заболеваниями.

Защищенное трудоустройство.

Защищенные мастерские или цеха (например, лечебно-производственные мастерские) не обеспечивают занятость на открытом рынке труда. Они важны для тех, кто не может трудоустроиться на конкурентной основе, а также как способ адаптации человека к трудовой деятельности. Как правило, очень мало работников защищенных мастерских впоследствии выходят на открытый рынок труда. Такие организации имеют очень низкую коммерческую жизнеспособность.

Программа подготовки к трудоустройству.

Программа подготовки к трудоустройству является одним из способов оказания помощи в трудоустройстве людям с тяжелыми психическими заболеваниями. Предполагается, что этим людям требуется период подготовки перед выходом на открытый рынок труда. Эта подготовка включает в себя работу в защищенных мастерских, промежуточное трудоустройство (трудоустройство на рабочее место, принадлежащее реабилитационному центру), профессиональное обучение и переобучение, тренинги успешного трудоустройства и другие подготовительные мероприятия. Такие программы не являются

самоцелью – они промежуточное звено для выхода клиента на открытый рынок труда.

Поддерживаемое трудоустройство.

Поддерживаемое трудоустройство предполагает трудоустройство человека на условиях конкурентной занятости без предварительной подготовки с оказанием социально-психологической поддержки работнику и нанимателю со стороны социальной службы. Человек нанимается на реальное рабочее место и имеет право на все социальные гарантии. При поддерживаемом трудоустройстве и работник, и наниматель постоянно получают помощь и поддержку со стороны заинтересованных социальных служб.

Основные принципы поддерживаемого трудоустройства:

- Цель поддерживаемого трудоустройства – конкурентная занятость на рабочем месте, интегрированном в общественную экономику.
- Клиент трудоустраивается без длительной предварительной подготовки.
- Реабилитация является составной частью процесса лечения, а не отдельной услугой.
- Трудоустройство основывается на интересах и предпочтениях клиента.
- Поддержка работника и нанимателя осуществляется на постоянной основе.

Существует несколько типов поддерживаемого трудоустройства, например, модель терапевтической среды, промежуточное трудоустройство, работа с тренером по трудоустройству. Наиболее эффективной моделью на сегодняшний день считается модель индивидуального подхода к трудоустройству и поддержке. Она предполагает акцент на быстрое трудоустройство, интенсивную поддержку и обучение на рабочем месте.

Клубный дом.

Клубный дом – модель организации социальной поддержки и дневной занятости, направленная на помощь людям с хроническими психическими заболеваниями в преодолении таких проблем, как социальная изоляция, низкая самооценка и отсутствие мотивации. Клубный дом способствует социальной интеграции и поддерживает людей в их стремлении

вести активную и продуктивную жизнь в обществе. Эта модель основана на принципах осмысленной деятельности и психосоциальной реабилитации, центральным фактором которой является работа, в первую очередь, в Клубном доме.

Социальная фирма.

Эта модель зачастую описывается как модернизированная форма защищенного трудоустройства, однако существует ряд ключевых отличий.

В социальной фирме основной упор делается на создание успешного бизнеса, который может поддерживать оплачиваемую работу. Социальная фирма работает полностью как бизнес, но подчеркивается участие работников во всех аспектах деятельности предприятия. Как минимум половина сотрудников фирмы – люди с психическими заболеваниями. Они имеют возможность занимать руководящие должности. Все сотрудники социальной фирмы, будь то здоровые люди или люди с инвалидностью, работают на равных условиях. Реабилитация не является главной целью этой модели.

Такие организации могут функционировать как социальные фирмы или социальные предприятия, но в любом случае они находятся в собственности и под управлением своих членов.

Занятость на волонтерской основе.

Для многих людей труд на добровольной основе, участие в деятельности, которую они считают общественно значимой, также может быть важной частью их жизни. Для людей с ограниченными возможностями дополнительная ценность волонтерства заключается в том, что они могут выступать как «эксперты по опыту». Существует много возможностей для волонтерства и множество организаций, которые выступают как посредники между теми, кто нуждается в помощи, и теми, кто может ее оказать. Роль волонтера и сам процесс добровольной занятости для человека с психическим заболеванием требует такой же поддержки, как и при поддерживаемом трудоустройстве.

Точно не известно, сколько моделей занятости функционирует в Англии и сколько людей получают помощь благодаря им. Но недавние исследования показывают, что существует, по крайней мере, 135 организаций, предлагающих

защищенную занятость, 77 предоставляющих помощь в трудоустройстве на открытом рынке труда и около 50 социальных фирм.

Эффективность программ занятости.

Множество исследований посвящено вопросам эффективности программ занятости. Наиболее показательные из них были проведены в США. Так, были проведены сравнительные исследования программы подготовки к трудоустройству и программы поддерживаемого трудоустройства. Программа подготовки к трудоустройству предполагает прохождение человеком с психическим заболеванием длительного подготовительного периода перед выходом на открытый рынок труда. Программа поддерживаемого трудоустройства предполагает конкурентную занятость на открытом рынке труда, сопровождаемую постоянной социально-психологической поддержкой и обучением на рабочем месте. В общем, модель поддерживаемой занятости более эффективна, чем модель подготовки к трудоустройству. Программа защищенного трудоустройства оказалась наименее эффективной в деле вывода человека на открытый рынок труда.

Все эти схемы еще требуют доработки для повышения их эффективности. Особое значение имеют их экономическая эффективность, клинические и социальные результаты, сохранение определенного количества рабочих мест для людей с психическими заболеваниями.

Некоторые компоненты, имеющие решающее значение для эффективности моделей занятости людей с психическими заболеваниями:

- Для организаций, предоставляющих услуги поддерживаемого трудоустройства, главной целью является конкурентная занятость клиента на открытом рынке труда.
- Трудоустройство должно осуществляться быстро, без длительных подготовительных этапов.
- Рабочее место подбирается индивидуально, в зависимости от предпочтений, возможностей и опыта клиента.
- Поддержка работника осуществляется на постоянной основе.
- Программа поддерживаемого трудоустройства должна идти в тесной связи с программой охраны психического здоровья.

Подбор рабочего места.

С точки зрения специалистов, занимающихся вопросами нетрудоспособности ввиду психического заболевания и занятости, необходимо обратить внимание на два аспекта.

Во-первых, это прогностическая значимость профессионального опыта клиента. Как и в других областях социального функционирования, существует тенденция к сильной взаимосвязи между опытом работы и будущей профессиональной деятельностью. Подробная история профессиональной деятельности является более полезной при подборе рабочего места, чем большинство клинических методов исследования: оценка диагноза или традиционные психометрические тесты.

Во-вторых, важную роль играют личные факторы, такие как мотивация, уверенность в своих силах и наличие жизненных целей. Исследования показали, что эти качества важнее для успешного трудоустройства, чем владение трудовыми навыками или уровень интеллекта.

В процессе подбора рабочего места важной является оценка мотивации работника, его интересов, навыков и личных предпочтений. Когда эти компоненты оценены, разрабатывается программа обучения и поддержки человека, конечной целью которой является успешное трудоустройство.

Как и в других областях психиатрии, результаты будут определяться сочетанием профессионального опыта (прежнее место работы, имеющиеся трудовые навыки), личностных факторов (мотивация, личные цели и задачи), а также факторов рабочего места (ожидания сотрудников, возможности для обучения и развития, связи с другими программами и так далее). Поэтому подбор рабочего места должен начинаться с оценки этих факторов. Важно также, чтобы клиент совместно с медиками оценил возможность остаться на прежнем рабочем месте или необходимость подбора нового (в зависимости от клинического диагноза).

Глава 6. Профессиональная и трудовая реабилитация людей с психическими заболеваниями

В последние годы проблема профессиональной и трудовой реабилитации людей с психическими заболеваниями приобретает все большее значение, что связано, прежде всего, с ростом их численности и удельным весом в контингенте людей с ограниченными возможностями, а также с уменьшением остроты и выраженности проявлений психических болезней, увеличением числа больных со стертыми формами нарушений психики, не требующими стационарного лечения.

Профессиональная и трудовая реабилитация является не только необходимым условием успешной интеграции человека в общество, но и важным фактором достижения устойчивой ремиссии у лиц с психическими заболеваниями. От трудоустройства, после купирования острого периода, зависит дальнейшая трудовая жизнь человека с психическим заболеванием и, в известной степени, последующее течение болезни. Трудоспособность в этом случае определяется не только типом течения, но и многими другими факторами: особенностью личности, стадией процесса, клиническими проявлениями и индивидуальными свойствами организма, которые определяют его сопротивляемость и компенсаторные возможности. Трудовая терапия способствует активизации здоровых сторон психики и подавлению ряда болезненных симптомов. Систематический труд благотворно действует на пониженную активность и по мере возможности смягчает свойственные некоторым больным отстраненность и замкнутость.

Профессиональная реабилитация инвалидов реализуется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. №422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (далее Закон). Данный Закон направлен на определение правовых и организационных основ предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов в целях предотвращения случаев возникновения инвалидности, улучшения качества жизни инвалидов, их социальной адаптации и интеграции в общество, а также восстановления или

компенсации нарушенных или утраченных функций организма и имеющихся ограничений жизнедеятельности инвалидов в соответствии с их интересами и потенциальными возможностями.

Как определено в Законе, **профессиональная реабилитация инвалидов** – комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление трудоспособности, включающий экспертизу профпригодности, профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации инвалидов.

Отправной точкой для профессиональной реабилитации инвалида является оценка (экспертиза) профессиональной пригодности и определение перечня доступных профессий и специальностей для его профессионального обучения и дальнейшего трудоустройства.

Профессиональная экспертиза – специализированная процедура изучения и вероятностной оценки пригодности индивида к овладению определенной профессией и достижению определенного уровня мастерства. Профессиональная экспертиза является частью медико-социальной экспертизы и соответственно осуществляется медико-реабилитационной экспертной комиссией (МРЭК).

МРЭК является государственным учреждением здравоохранения, которое осуществляет:

- освидетельствование граждан в целях проведения экспертизы нарушения жизнедеятельности граждан (медико-социальная экспертиза);
- определение конкретных объемов, видов и сроков проведения реабилитационных мероприятий гражданам, прошедшим медико-социальную экспертизу;
- учет и анализ структуры инвалидности.

Медико-социальную экспертизу людей с психическими заболеваниями осуществляет специализированная психоневрологическая МРЭК.

В ходе медико-социальной экспертизы составляется индивидуальная программа реабилитации инвалида. **Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПРИ)** – это перечень различных методов медицинского, бытового и

социального характера, направленных на достижение конкретной цели реабилитации данного больного или инвалида.

В соответствии со ст. 23 Закона «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», ИПРИ состоит из 3 разделов:

- программы медицинской реабилитации;
- программы профессиональной и трудовой реабилитации;
- программы социальной реабилитации.

ИПРИ заполняется по форме, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 февраля 2009 года №10 «Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалида», в соответствии с которой в п. 2 «профессиональная и трудовая реабилитация» в качестве обязательных установлены:

- в трудоустройстве по трудовым рекомендациям МРЭК в профессии;
- нуждаемость в профессиональном обучении, переобучении и(или) переподготовке, в том числе по направлению органов по труду, занятости и социальной защите (в учебном заведении по месту работы);
- нуждаемость в организации режима работы;
- нуждаемость в адаптации к трудовой деятельности;
- нуждаемость в исключении воздействий неблагоприятных производственных факторов;
- нуждаемость инвалида в оснащении рабочего места специальными приспособлениями для осуществления работы по трудовым рекомендациям МРЭК.

Таким образом, в данном документе должны быть обозначены все индивидуальные потребности инвалида, связанные с получением профессионального образования и последующим трудоустройством, а также показания и противопоказания к обучению и труду.

Важным аспектом профессиональной реабилитации является **профессиональная ориентация** – система и процесс определения структуры наиболее развитых способностей инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида профессиональной деятельности. От своевременной профессиональной ориентации человека с психическим

заболеванием во многом зависит дальнейшее течение заболевания, время наступления инвалидности и ее тяжесть. Так, например, больным с приступообразной и прогрессивной формами шизофрении необходимо на ранней стадии посоветовать приобрести профессию, так как в начальной стадии болезни у них нет еще глубоких изменений личности, они могут трудиться в небольшом коллективе, выполнять несложную работу.

Для больных приступообразной-прогрессивной и параноидной средне-прогрессивной формами шизофрении, которые протекают неблагоприятно, переквалификация необходима, чтобы предупредить прогрессивности процесса, если эти больные работают в неблагоприятных условиях.

При подборе профессии для обучения или переобучения человека с психическим заболеванием необходимо учитывать:

- особенности течения заболевания и возможности его лечения;
- образование и профессию больного до заболевания;
- степень снижения профессионально-трудового уровня больного и возможности его компенсации;
- отношение больного к своей болезни;
- личностную профессионально-трудовую направленность больного и возможность ее коррекции;
- отношение общества к психически больным и, прежде всего, административного аппарата организации, куда направляется человек.
- спрос на доступные больному профессии на рынке труда, то есть наличие реальной возможности трудоустроиться.

При подборе профессии необходимо учитывать психогигиенические факторы труда. Например, могут быть противопоказаны:

- работа, требующая широкого объема и частого переключения внимания с одного объекта на другой;
- простейшие виды труда, требующие только узкого объема внимания при однообразных рабочих операциях, усваиваемых без определенного обучения;

- работа в большом коллективе или требующая постоянного общения с широким кругом людей, связанная с регламентированным темпом (конвейер), со значительным нервным и психическим напряжением;

- работа, требующая напряженного внимания, связанная со значительным физическим напряжением, индивидуальной ответственностью за жизнь коллектива, опасностью для жизни больного, с пребыванием в условиях шума и воздействия резких звуков, в условиях высокой температуры и интенсивного теплового облучения, с постоянным сотрясанием тела, разъездами и передвижениями на различных видах транспорта.

Таким образом, под профессиональной реабилитацией понимается система комплексных разноплановых мер, предоставляющих инвалиду возможность получить доступную для него профессию и рабочее место, продвигаться по служебной и карьерной лестнице, способствуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции. Данный комплекс реабилитационных воздействий направлен на обеспечение конкурентоспособности инвалида на современном рынке труда и предусматривает полное или частичное восстановление сниженной или потерянной профессиональной трудоспособности посредством системы мероприятий по профессиональной ориентации, профобучению, переобучению.

Следующий за профессиональным – этап **трудоустройственной реабилитации** инвалидов. Он предполагает осуществление комплекса мероприятий, направленных на предоставление инвалидам возможности получения и(или) сохранения подходящей для них работы, включающих адаптацию к трудовой деятельности и рациональное трудоустройство инвалидов.

Рациональное трудоустройство инвалида – это трудовое устройство на рабочее место, потенциально пригодное для инвалида по состоянию его здоровья, соответствующее мотивам личности, профессиональной подготовке.

Необходимо учитывать, что труд не индифферентное средство. При неправильном применении и дозировании он может оказать отрицательное воздействие. Поэтому при трудоустройстве людей с психическими заболеваниями необходимо

учитывать условия и сложность труда, возможности его дозирования. Не рекомендуется работа с чередованием ночных и дневных смен, вахтовый метод работы, так как это может привести к нарушениям ритмов сна, что является фактором риска обострений психических заболеваний.

При определении показаний к рациональному трудоустройству необходимо соблюдать главный принцип – соответствие клинического статуса и функциональных возможностей человека с психическим заболеванием требованиям, предъявляемым ему характером и условиями труда. Рациональное трудоустройство означает адекватность условий и содержания труда психофизиологическим особенностям инвалида и социально-экономическую равноценность рекомендуемой ему профессиональной деятельности ранее исполняемой (в случае смены).

Глава 7. Проектирование социального пространства для людей, страдающих психическими заболеваниями и расстройствами поведения

Социальное пространство – это поле социальной деятельности, включающее совокупность значимых социальных групп, индивидов, учреждений, объектов и иных ресурсов местного сообщества, которые могут быть использованы в той или иной мере для расширения спектра социальных услуг и развития социальной инфраструктуры. При анализе социального пространства рассматриваются и общественные отношения, и территория, на которой данные отношения происходят, например, жизненное пространство человека с психическим заболеванием или пространство движения, перемещения к значимым для него объектам и т. д.

Целью проектирования социального пространства в интересах отдельной целевой группы (люди с ограниченными возможностями, бездомные, дети в социально опасном положении и т. д.) является содействие удовлетворению потребностей представителей этой группы посредством организации взаимодействия заинтересованных социальных партнеров, повышения эффективности использования местных и привлечения иных доступных ресурсов для развития социальной инфраструктуры и расширения разнообразных возможностей социальной поддержки.

Основные принципы проектирования социального пространства:

1. Ориентация на реальные потребности.

При планировании деятельности местной социальной службы для людей с психическими заболеваниями основной акцент ставится на актуальность проблем, озвученных представителями этой группы. Специалисту не стоит одному размышлять над тем, что необходимо сделать в районе для людей с проблемами психического здоровья. Ему следует задать данный вопрос непосредственно целевой группе. Это будет, с одной стороны, способствовать развитию активности в процессе принятия решений и побуждению к дальнейшей самостоятельности людей, обладающих личностным потенциалом, а с другой стороны – повышению

самооценки, что крайне важно для людей с психическими заболеваниями и сохранным интеллектом. Существует большое количество методов вовлечения представителей целевой группы в процесс обсуждения затрагивающих их проблем, например, фокус-группы, социологические исследования и оценка потребностей, общественные советы, диалоговые (например, технология проведения конференций в формате открытого пространства – Open Space) и иные методы социальной работы на уровне местных сообществ, которые, к сожалению, практически не используются в социальных службах нашей страны.

2. Использование местных ресурсов.

Люди. Необходимо помнить, что жители района являются важным ресурсом для решения волнующих их вопросов. Например, родственники людей с психическими заболеваниями могут самостоятельно заниматься организацией досуга и праздничных мероприятий, совместно проводить акции, направленные на формирование позитивного общественного мнения и предупреждение дискриминации людей с психическими заболеваниями. Неравнодушные руководители крупных предприятий района могут закрепить рабочие места для адаптации людей с психическими заболеваниями к трудовой деятельности. Местные предприниматели, имеющие душевно больных родственников или знакомых, способны оказать финансовую поддержку.

Жизненное пространство. Объекты жизненного пространства (улицы, детские площадки, заброшенные строения, магазины, банки, почтовые отделения, кинотеатры) для социального менеджера могут стать важным ресурсом для реализации мероприятий в интересах людей с психическими заболеваниями. Например, в фойе кинотеатра или Дома культуры можно провести выставку творческих работ людей с психическими заболеваниями, что привлечет внимание жителей района к миру людей с проблемами психического здоровья.

3. Поддержка инициатив местных жителей.

Приоритетным направлением в работе специалиста по социальной работе, социального менеджера, должна стать активизация сил местного сообщества и, особенно, представителей целевой группы для совместного формирования рабочих

планов и подготовки мероприятий, необходимых для социальной адаптации. В данном контексте специалист по социальной работе должен обеспечить максимальную поддержку инициатив людей с психическими заболеваниями, их близких и родственников: информирует, консультирует, оказывает содействие в решении текущих вопросов, но не решает их сам, без участия заинтересованных сторон. Специалист может предоставить помещение в ТЦСОН для встреч групп самопомощи, фасилитировать работу группы для обсуждения стратегического плана, помочь написать письмо местному спонсору и т. д.

4. Организация мероприятий, которые выходят за рамки одной целевой группы.

Организация мероприятий для людей с психическими заболеваниями с участием активной молодежи либо пожилых людей может способствовать снятию коммуникативных барьеров и стереотипов в отношениях, обмену опытом, обогащению участников мероприятий новыми знаниями, повышению уровня самооценки и преодолению вынужденной изоляции.

5. Организация мероприятий, которые выходят за рамки социальной помощи.

Нередко люди с психическими заболеваниями и их родственники испытывают трудности в решении проблем, лежащих за рамками социальной помощи, – юридические, медицинские вопросы. Здесь работа может осуществляться по нескольким направлениям. Например:

- организация встреч юристов или медиков с группами людей с психическими заболеваниями с целью информирования по юридическим и медицинским вопросам: оформление в дома интернаты, лишение дееспособности, последствия задолженности по квартплате, порядок принятия решения о принудительной госпитализации, условия нахождения в медицинском стационаре и т. п.;

- открытие в районе информационной службы и информирование людей с психическими заболеваниями района об этом.

Такие действия имеют профилактическую направленность и, в контексте приведенного примера, возможно, предотвратят

приобретение человеком с проблемами психического здоровья статуса еще одной социально неблагополучной категории – бездомного.

6. Кооперация социальных услуг.

Важным моментом в процессе проектирования социального пространства является знакомство и изучение возможностей существующих организаций и социальных инициатив, оказывающих поддержку целевой группе на местном уровне, а также достижение соглашений о сотрудничестве с ними. Например, многие общественные организации обладают знаниями и навыками по активизации сообщества и могут заняться подготовкой лидеров местных инициативных групп; государственные организации для этой цели могут предоставить помещения для проведения тренингов.

При планировании социального пространства в интересах людей с психическими заболеваниями, следует сделать акцент на следующие направления:

- ✓ *Медико-социальная помощь, реабилитация.* Обеспечение доступности и высокого уровня медицинской и социальной поддержки наряду с активными мерами профилактики соматических заболеваний у людей с психическими заболеваниями способствуют повышению качества их жизни, предотвращают либо отдаляют момент утраты способности к независимому проживанию.

Медицинская реабилитация – неотъемлемая часть процесса выздоровления. Для достижения максимальной эффективности лечебных мероприятий целесообразно начинать медицинскую реабилитацию как можно раньше. Поэтому медицинская реабилитация осуществляется в стационарах психиатрических больниц либо под наблюдением врача-психиатра психоневрологического диспансера. Важным является обеспечение преемственности реабилитационных мероприятий после выписки пациента из стационара, для чего необходимо развитие межведомственного и межсекторального сотрудничества в сфере психиатрии.

- ✓ *Социально-психиатрическая помощь и поддержка.* В международной практике сотрудники Социально-психиатрических центров (врачи-психиатры, неврологи, социальные работники, психологи) обеспечивают медицинскую

помощь и социальную поддержку по широкому спектру вопросов людям с психическими заболеваниями, с наркотической и алкогольной зависимостью или задержкой в умственном развитии, а также их родственникам и социальному окружению.

✓ *Кризисная помощь – помощь и содействие людям при острой душевной необходимости и в кризисных психиатрических ситуациях.* Поводом для обращения в кризисный центр могут быть весьма разные ситуации: психические заболевания, склонность к самоубийству, травмирующие переживания, депрессия, страхи и паника, развод и утрата, проблемы, связанные с различными видами зависимости, семейные и супружеские конфликты и т. д. Поддержка кризисных служб распространяется также на людей из окружения человека, обратившегося за помощью: супруги, родственники, друзья, коллеги и соседи. Эти люди часто нуждаются в информации и совете по своим проблемам или сами испытывают потребность в помощи из-за большой нагрузки.

Кризисная служба предлагает свою поддержку также всем профессиональным центрам оказания помощи. Врачи, терапевты и сотрудники социальных учреждений, а также милиция и пожарная служба могут в любое время обратиться в кризисную службу, особенно это касается экстренных случаев.

✓ *Информационно-консультационная поддержка.* Данное направление включает в себя доступность информации о правах людей с психическими заболеваниями; об организациях района, оказывающих поддержку; информирование о мероприятиях, проводимых в интересах людей с психическими заболеваниями; психологическая поддержка одиноких и одиноко-проживающих граждан.

Например, в Берлине в каждом районе действуют контактные и консультационные пункты для людей с психическими заболеваниями, в том числе с зависимостями, и их родственников.

В Беларуси роль пунктов информационно-консультационной поддержки могут взять на себя Бюро социальной информации (БСИ) как отдельно расположенные, так и включенные в структуру уже имеющихся медицинских

и социальных учреждений, оказывающих помощь людям с психическими заболеваниями. Специалисты Бюро с помощью имеющейся у них единой информационной системы «Бюро социальной информации» предоставят клиенту информацию о государственных, общественных, религиозных и коммерческих организациях, оказывающих помощь людям с психическими заболеваниями, а также правовую информацию по интересующему вопросу. Для специалистов социальной сферы и общественных активистов БСИ предлагает информацию о благотворительных фондах и организациях, оказывающих поддержку социальных проектов. База данных БСИ «Библиотека социального работника» – уникальный ресурс литературы по вопросам социальной поддержки всех уязвимых групп населения.

✓ *Восстановление и поддержание способности к самообслуживанию и проживанию дома.* Для людей с психическими заболеваниями остро стоит вопрос сохранения способности к независимому проживанию. Социальные службы, такие как Клубный дом, способствуют организации упорядоченного дня, обучению социально-бытовым навыкам, навыкам самоконтроля психического состояния. Например, работа в кухонной группе Клубного дома способствует восстановлению навыков ведения домашнего хозяйства, в том числе семейного или личного бюджета.

✓ *Поддержка групп самопомощи людей с психическими заболеваниями и их родственников* с целью развития социальных контактов, сохранения психологического комфорта человека, активизации внутренних ресурсов личности, создания условий для самостоятельного решения вопросов и проблем. Сюда же следует включить использование широкого спектра существующих технологий активизации местного сообщества (дни открытых дверей, круглые столы, мастерские будущего).

Многолетний позитивный опыт работы групп самопомощи душевнобольных при ОО «Миноди» (г. Минск) раскрывает огромный потенциал такой формы работы в деле социальной адаптации людей с психическими заболеваниями.

✓ *Организация досуговой деятельности, направленной на расширение социальных контактов и активизацию*

внутренних сил личности. Мероприятия, организуемые в рамках досуговой деятельности, должны быть ориентированы на развитие потенциала личности. Например, спортивные и танцевальные клубы, с одной стороны, оказывают благотворное влияние на поддержание физического состояния человека, с другой стороны – формируют активную позицию по отношению к собственному здоровью. Участие в клубах по интересам и группах взаимопомощи способствует формированию активной позиции в общественной жизни и повышению самооценки.

В Клубном доме досуговые мероприятия планируются, разрабатываются и самостоятельно проводятся людьми с психическими заболеваниями. Такой подход обеспечивает максимальное соответствие проводимых мероприятий интересам целевой группы, активизации творческих сил и организационных возможностей людей с проблемами психического здоровья.

✓ *Трудовая занятость.* Данное направление включает в себя несколько аспектов: разработка местных программ содействия занятости и предотвращения дискриминации при трудоустройстве людей с проблемами психического здоровья, развитие форм промежуточной, поддерживаемой, частичной занятости, предоставление консультаций по вопросам трудоустройства или обучения для приобретения необходимых навыков.

В вопросах обеспечения занятости людей с психическими заболеваниями также важную роль играет развитие межсекторного и межведомственного взаимодействия. Минский Клубный дом «Открытая душа» при реализации программы трудоустройства членов Клубного дома выступает связующим звеном между потенциальным работником, нанимателем, центром занятости и МРЭЖ.

✓ *Формирование позитивного общественного мнения в отношении людей с проблемами психического здоровья* на основе использования современных PR-технологий.

Нежелание обращаться за помощью к врачу-психиатру зачастую связано с обилием мифов и негативных представлений о современной психиатрии. Один из способов преодоления сложившейся ситуации – компетентное, доступное

освещение темы психического здоровья в средствах массовой информации

✓ *Подготовка квалифицированных специалистов для работы с людьми с психическими заболеваниями и расстройствами поведения.*

По сути, проектирование социального пространства – это один из вариантов согласования общего видения системы социальной поддержки людей с психическими заболеваниями в районе с использованием ресурсов социальных партнеров и презентация его в виде итогового документа, в котором представлены потребности жителей и описаны возможности их удовлетворения. Проект социального пространства (ПСП) представляет собой систему мини-проектов, подчиненных одной цели, с указанием обязательств социальных партнеров района, необходимых ресурсов и источников их поступления. Лучшие мини-проекты ПСП могут быть включены в районную стратегию решения социальных проблем после обсуждения со всеми заинтересованными сторонами.

Изучение зарубежного опыта убеждает в том, что на уровне районов надлежит постепенно создавать социальную инфраструктуру, необходимую для выполнения определенной последовательности всех реабилитационных мероприятий, позволяющих в итоге надеяться на реальное трудоустройство инвалидов психиатрического профиля.

Мы видим, что переход из одного сектора социального пространства в другой происходит по мере укрепления сил душевнобольного человека, а скорость этого процесса зависит только от его состояния и возможностей. Наличие очевидной последовательности необходимых действий и успехи тех, кто уже прошел отдельные этапы социальной лестницы, формирует мотивацию к активизации человека на самопомощь, открывает для него перспективу, желание быть в группе и поддерживать свое состояние, работать на общий успех.

Для снижения затрат, но сохранения эффективности комплексного подхода к реабилитации инвалидов психиатрического профиля по месту их жительства, представляется целесообразным распределение отдельных функций между государственными учреждениями, негосударственными коммерческими и некоммерческими структурами, общественными и

религиозными организациями, а также группами самопомощи при условии координации действий всех заинтересованных сторон.

Координация действий участников формирования социального пространства, комфортного для жизни душевнобольных людей, может быть поручена, например, общественно-государственному совету при местной администрации. Как показывает международный опыт, для повышения эффективности использования имеющихся в районах кадровых и материальных ресурсов, в такие советы входят представители администрации, сотрудники медицинских и социальных учреждений, специалисты общественных и религиозных организаций, активные и конструктивно мыслящие родственники душевнобольных людей, то есть все те, кто заинтересован в достижении позитивного конечного результата.

Например, в Германии член совета по вопросам здравоохранения созывает из компетентных лиц федеральный совет по оказанию психиатрической помощи. Этот совет консультирует члена сената по всем вопросам, связанным с людьми с психическими заболеваниями. По аналогии с федеральным советом по оказанию психиатрической помощи, в административных районах города из компетентных лиц создается совет по оказанию психиатрической помощи. Данный совет консультирует членов городского совета, ответственных за здравоохранение и социальную защиту, по всем вопросам, связанным с людьми, страдающими психическими заболеваниями.

Глава 8. Клубный дом – модель социальной службы для людей с психическими заболеваниями

8.1 История создания, принципы и программы реабилитационной модели Клубный дом

История движения Клубных домов началась в 1948 году, когда несколько человек, прошедших курс лечения в Нью-Йоркской психиатрической клинике (США), объединились для создания группы, которая получила название «Мы не одиноки» – We Are Not Alone (WANA). Созданная изначально как группа самопомощи, WANA позже начала успешно развиваться и превратилась в инновационное сообщество, основывающееся на программе поддержки людей с психиатрическими проблемами с целью улучшения жизни этих людей и осуществления устремлений, утраченных ими во время своей болезни. С помощью волонтеров в начале 1950 года WANA официально приобрела здание и была переименована в организацию под названием «Фонтан Хаус».

Уже в 1977 году Фонтан Хаус получил грант от Национального института психического здоровья США на разработку Национальной тренинговой программы Модели Клубного дома и репликации опыта. К 1987 году в США насчитывалось 220 Клубных домов, одновременно они создавались в Пакистане, Швеции, Дании, Германии, Голландии, Канаде и Южной Африке. Становилось ясно, что модель Клубного дома может быть распространена повсюду, поскольку философия Клубного дома, основанная на общечеловеческих ценностях, преодолевает любые национальные, этнические и культурные барьеры.

В 1988 году создается Факультет развития Клубных домов. Факультет состоит из сотрудников и членов успешных Клубных домов – они образуют выездную бригаду для консультирования более слабых Клубных домов.

По мере роста количества Клубных домов осознается необходимость разработки всеобщих стандартов этой реабилитационной модели. К разработке стандартов были привлечены сотрудники и члены 12 самых сильных Клубных домов.

На пятом Международном семинаре Клубных домов (Сент-Луис, 1989) проект Стандартов был распространен среди

600 участников, которые имели возможность их обсуждать и предлагать изменения. Пересмотренный проект Стандартов был разослан во все Клубные дома и принят единогласно. В результате в 1989 году обнародованы Международные стандарты для программы Клубных домов.

Международные стандарты определяют сущность реабилитационной модели, служат «Биллем о правах» для членов и этическим кодексом для сотрудников и подчеркивают выбор, уважение и возможности каждого из членов Клубного дома. В настоящий момент насчитывается 36 Международных стандартов, охватывающих все аспекты деятельности Клубного дома.

Каждые два года международное сообщество Клубных домов пересматривает и, при необходимости, корректирует эти стандарты.

В 1994 году создается Международный центр развития Клубных домов (ICCD). Это неправительственная некоммерческая организация, способствующая распространению и развитию Клубных домов по всему миру.

Задачи Международного центра развития Клубных домов:

- Сертификация Клубных домов.
- Консультирование по вопросам развития, разработка и проведение тренинговых программ для молодых Клубных домов.
- Распространение опыта успешных Клубных домов.
- Совершенствование Международных стандартов для программы Клубных домов.
- Проведение научных исследований.
- Распространение информации по вопросам психического здоровья, популяризация движения Клубных домов.

Сертификация ICCD предполагает оценку качества предоставляемых конкретным Клубным домом услуг и их соответствие Международным стандартам. Клубный дом, сертифицированный ICCD, гарантировано предоставляет качественные услуги.

Клубный дом, удовлетворяющий стандартам ICCD, – это модель социально-психологической реабилитации людей с психическими заболеваниями, которая позволяет им жить за пределами больницы, восстановить утраченные навыки,

ощущение собственной значимости и целеустремленность, определить новые границы своих возможностей, вернуться к активной жизни в обществе, а по возможности и к работе, социальной и психиатрической реабилитации. Он является тем местом, где люди с тяжелыми и хроническими психиатрическими заболеваниями получают необходимую поддержку, а также возможность работать и независимо жить в обществе.

Клубный дом предоставляет каждому члену:

- место, куда можно регулярно приходить;
- значимые для него занятость и конкретную работу, постоянное социальное окружение;
- упорядоченные и развивающиеся отношения с людьми.

Существует четыре основных принципа Клубного дома:

1. Членство – каждый человек, регулярно посещающий Клубный дом, независимо от того, является ли он социальным работником, врачом или потребителем психиатрических услуг, имеет статус члена Клубного дома, а не клиента или пациента.

2. Сотрудничество – члены Клубного дома имеют возможность участвовать во всех сферах его деятельности.

3. Солидарная ответственность – члены несут ответственность за общий Клубный дом.

4. Участие в управлении – все решения принимаются членами Клубного дома сообща посредством нахождения консенсуса.

Стандартные программы Клубного дома включают программу дневного пребывания, трудоустройства, проживания, образования, досуговую программу, программу вмешательства в кризисных ситуациях, а также ведение случая (case management).

Клубные дома обеспечивают и гарантируют предоставление возможностей для проживания, ведут свои жилищные программы, в рамках которых члены имеют возможность воспользоваться широким спектром услуг. Так, некоторым из членов требуется проживание с круглосуточным наблюдением социальных работников. Другие живут в принадлежащих Клубным домам строениях для группового проживания, что позволяет членам поддерживать друг друга и учиться

жить в обществе. Третьи могут жить независимо, в своих собственных квартирах и домах, имея в случае необходимости доступ к услугам, предоставляемым жилищной программой Клубного дома. Однако в любом случае Клубные дома обеспечивают своим членам ту поддержку, которая им необходима для жизни в обществе.

Клубные дома создают щадящую среду, которая поддерживает своих членов, стимулирует их улучшать свое социальное функционирование, придерживаться предписаний врача и находится на амбулаторном, а не на стационарном режиме лечения. При этом в тех случаях, когда членам Клубных домов все же необходима госпитализация, ее продолжительность, а следовательно, и расходы на нее, сокращаются. Следует отметить, что в большинстве Клубных домов имеются службы экстренной помощи, работающие круглосуточно без выходных дней и позволяющие снизить затраты на оказание медицинской помощи.

В Клубных домах членов обучают самостоятельно отслеживать симптомы своего заболевания и замечать изменения в своем состоянии до того, как оно разовьется в острую форму, требующую дорогостоящего медицинского вмешательства. Тем, кто не в состоянии делать это самостоятельно, помогают другие члены и сотрудники Клубного дома. Это снижает частоту обращений членов Клубных домов в дорогостоящие специализированные психиатрические службы.

В Клубных домах поддерживаются устойчивые, проактивные контакты с теми членами, которые лишь изредка участвуют в деятельности Клубного дома. К достоинствам деятельности Клубных домов относится и то, что они помогают людям перейти от дорогостоящего и продолжительного стационарного лечения к амбулаторному. Сотрудники Клубных домов не всегда относятся к группам высокооплачиваемых специалистов. Объединение их усилий с поддержкой, оказываемой самими душевнобольными членами Клубных домов друг другу, повышает эффективность услуг. Таким образом, пребывание больных в Клубных домах становится намного дешевле, чем лечение в дневном стационаре или частичная госпитализация. При этом персонал Клубных

домов хорошо знает агентства и службы оказания медико-социальных услуг в своей местности, помогает членам Клубных домов ориентироваться в этой системе для получения необходимой помощи.

В Клубных домах придают большое значение гарантиям качества, получению наглядных и убедительных результатов. Здесь осознают, что очень важно оценивать, насколько эффективно Клубные дома отвечают потребностям своих членов, документировать расходы на обеспечение услуг, а также результативность самой программы и экономическую эффективность оказываемых в ее рамках услуг.

В этой связи специально для Клубных домов разработана информационная система, ориентированная на контроль их деятельности на основе регулярных отчетов и обеспечение гарантий ее качества. Эта программа оценки и хранения информации (MEMPHIS) отслеживает характеристики членов Клубного дома и их прогресс в основных областях – работа, жилье, симптоматология, лечение в стационаре, функционирование. Программа также документирует услуги, оказываемые в Клубных домах их членам, и позволяет им составлять конфиденциальные самоотчеты об удовлетворенности обслуживанием. MEMPHIS предоставляет Клубным домам единую систему хранения информации и ведения записей, которую они приспособливают к собственным потребностям. В результате это привело к созданию единой для всех Клубных домов базы данных, которая позволяет проводить крупномасштабные исследования. Важной отличительной чертой MEMPHIS является то, что она способна давать как стандартные, так и специализированные выборки данных, которые могут быть конвертированы в другие компьютерные языки. При этом Клубные дома могут также составлять специализированные отчеты для собственных целей, используя недорогое программное обеспечение.

Таким образом, сообщество Клубных домов обеспечивает постоянный контроль качества и отчетность как перед их членами, так и перед финансирующими организациями, а также оценку эффективности своей деятельности.

8.2 Социально-психологический аспект реабилитационной модели Клубный дом

Клубный дом – это целостная и динамичная модель социально-психологической реабилитации и поддержки людей, страдающих тяжелыми и хроническими психическими заболеваниями.

Клубный дом организуется как сообщество, формирующее поддерживающую среду людям, страдающим психическими заболеваниями, благодаря которой они получают возможность вести профессионально продуктивную и социально удовлетворительную жизнь.

В основе реабилитационной модели Клубный дом лежат четыре фундаментальных убеждения:

- Вера в потенциальную социальную и трудовую продуктивность людей с тяжелыми психическими заболеваниями.
- Вера в то, что работа обладает огромной восстановительной и реинтегрирующей силой в жизни каждого человека.
- Понимание того, что мужчины и женщины нуждаются в возможностях быть вместе в социальном отношении.
- Вера в то, что люди с тяжелыми психическими заболеваниями могут жить в надлежащих условиях.

На этих убеждениях строятся все программы в Клубном доме. Три главные программы КД:

1. программа упорядоченного рабочего дня;
2. программа трудоустройства;
3. досуговая программа.

Рассмотрим каждую из программ с точки зрения ее реабилитационного эффекта.

Программа упорядоченного рабочего дня. Работа – это то, вокруг чего строятся взаимоотношения в Клубном доме. Это источник удовлетворения, чувства собственного достоинства, основа взаимодействия и дружбы между членами КД, а также между членами и сотрудниками. Взаимоотношения, построенные вокруг общей работы, – одна из наиболее естественных возможностей общения взрослых людей.

Существует глубоко укорененное убеждение, что люди с психическими заболеваниями не в силах выполнять какую-либо работу и поэтому нет смысла просить их об этом. Вместо этого их время заполнено групповой терапией,

терапией занятости, которая сводится главным образом к арт-терапии и рукоделию, которое имеет малую практическую ценность, и тренингами разнообразных навыков для ситуаций, в которых люди с психическими проблемами могут и не оказаться.

В Клубном доме работу рассматривают в совершенно другом ключе. Работа, выполняемая в Клубном доме, всегда имеет конкретный смысл. Задания не могут иметь чисто символическое значение – их необходимо выполнять, иначе Клубный дом не сможет существовать. Реабилитационная модель построена так, что без активного участия членов она просто развалится. Например, если не убирать в Клубном доме, то его могут закрыть по санитарным причинам; если не печатать расписание работы, то некоторые члены могут запутаться, растеряться и больше не приходить. Немногочисленные сотрудники физически не могут самостоятельно выполнять всю работу в Клубном доме, поэтому совершенно естественно к ней привлекаются члены. Это способствует развитию чувства принадлежности, вовлеченности и гордости за свое участие в работе Клубного дома.

Доступная работа – источник взаимоотношений. Как этот процесс работает? Если очень просто описывать, то следующим образом. Существует простая работа в Клубном доме, которую надо выполнить, и два или более члена, которые каким-то образом мотивированы, чтобы взяться за это. Не имеет значения ни природа мотивации, ни характер работы. Вот что происходит между двумя людьми во время совместной работы: по мере того, как работа выполняется, растет взаимная зависимость людей – ты держишь лестницу, я мою окно; принимаются совместные решения – надо добавить еще мыла; общие надежды и ожидания претворяются в жизнь – теперь окно чистое; возникает удовлетворение работой друг друга. Выполненные задания перед глазами, члены КД разделяют награду за выполнение – теперь, когда беспорядок убран, можно выпить по чашечке кофе.

На протяжении этого процесса внимание концентрируется на работе, а не на людях. В то же время непроизвольно начинают формироваться взаимоотношения. Простая работа

становится посредником, с помощью которого развиваются отношения.

Участие в работе Клубного дома для его членов носит добровольный характер, то есть не существует каких-либо письменных или устных договоренностей о характере и объеме работ, необходимых к выполнению членами Клубного дома. Каждый решает сам, когда он готов к работе, что он готов сегодня сделать и будет ли он вообще работать сегодня. Не надо бояться добровольного характера участия в программе упорядоченного рабочего дня, потому что эта свобода создает атмосферу, которая побеждает застенчивость, нежелание членов присоединиться к работе. Понимание членами, что никто не будет принуждаться к участию в какой-либо области деятельности Клубного дома, приводит к тому, что человек пользуется шансом присоединиться к активности в Клубном доме.

Нужно помнить о серии выборов, волевых актов, которые поднимают человека с кровати, заставляют одеться, воспользоваться транспортом и приехать в Клубный дом. Эти простые действия могут быть для людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, такими затратами психической энергии, что мало что еще можно с них спросить. И, конечно, требование участия в работе сверх сил ни к чему не приведет: достаточно того, что они приходят в Клубный дом. Если другие члены и персонал проявят терпение, то «только сидящие» члены Клубного дома вскоре мужественно встанут, чтобы присоединиться к работе, если доброжелательная атмосфера вокруг них спокойно и настойчиво привлечет их к этому.

Программа трудоустройства. Эта программа представляет собой логическое продолжение занятости в рамках упорядоченного рабочего дня, но уже в обществе за пределами Клубного дома. Программа трудоустройства во всех Клубных домах основана на модели промежуточных рабочих мест с небольшими различиями, связанными с законодательством и социально-экономическим положением в каждой стране, где действует КД. Промежуточное трудоустройство представляет собой временное (от 3 до 9 месяцев) трудоустройство на рабочее место, находящееся на предприятии или в организации

в городе, но числящееся за Клубным домом на основе договора о сотрудничестве. Причем сотрудники КД оказывают постоянную психологическую поддержку как работнику, так и нанимателю. Специалисты Клубного дома принимают решение о готовности члена КД к работе на промежуточном рабочем месте и несут ответственность за его работу. Например, если член Клубного дома не справляется с работой или заболел, то специалист из КД заменяет его на рабочем месте до тех пор, пока не будет подобран иной кандидат из членов КД.

С социально-психологической точки зрения промежуточное трудоустройство способствует адаптации человека к трудовой деятельности в щадящих условиях, развитию взаимоотношений с начальством и коллегами, осознанию ответственности за выполнение своих трудовых обязательств, привыканию к повседневности рабочих будней, выработке обязательности и пунктуальности при выполнении заданий.

Досуговая программа. Эта программа призвана ответить на потребность членов Клубного дома в дружеских отношениях и социализации. Согласно Международным стандартам Клубных домов, все досуговые мероприятия проводятся по вечерам в выходные или праздничные дни, но не в рабочее время. Это позволяет приходить в Клубный дом тем его членам, кто устроился на полную занятость, посещает образовательные курсы или занят в другой деятельности. Неформальный характер досуговых мероприятий способствует более легкому возвращению в сообщество Клубного дома тех его членов, кто давно не появлялся из-за болезни или по другим причинам.

Цели досуговой программы:

- Предложить членам широкую палитру рекреационных мероприятий как в Клубном доме, так и за его пределами.
- Гарантировать участие членов Клубного дома в разработке и реализации досуговой программы посредством вовлечения их в деятельность группы по планированию досуговых мероприятий, делегирования специальных задач и поощрения лидерства.
- Предоставлять информацию о доступных образовательных, развлекательных и других мероприятиях, проводимых в городе.

Таким образом, основными характеристиками модели социально-психологической реабилитации Клубный дом являются:

- **Целостность:** модель предоставляет членам возможность для общения, дружбы, занятости и образования через заботу и безопасную среду.

- **Включенность (инклюзивность):** позволяет членам КД познакомиться и следовать примеру тех, кто уже работает над достижением своих устремлений и целей. Наблюдение успехов других членов Клубного дома становится хорошим стимулом для сохранения собственного самоконтроля. В целом, среди людей с психическими заболеваниями, посещающих КД, это довольно быстро приводит к уменьшению, примерно на треть, количества госпитализаций, а принудительные госпитализации исчисляются единицами. Такая картина наблюдается в большинстве Клубных домов мира.

- **Устойчивость:** возможность поддерживать членов КД на протяжении всей их жизни. Согласно Международным стандартам программы Клубных домов, разработанным ICCD, членство в КД не имеет временных ограничений.

- **Интерактивность:** реабилитационная модель постоянно совершенствуется на основе прямой обратной связи от участников реабилитационного процесса. Международный центр развития Клубных домов разработал свой инструментарий для оценки эффективности работы Клубных домов. Он годами уточнялся и корректировался как средство эффективного отслеживания изменений в самоощущении, психическом состоянии, социальной продуктивности больных в зависимости от тех или иных нововведений. Результаты постоянно проводимых исследований помогают оперативно реагировать на выявленные проблемы и вносить корректировки в действующие программы КД, дополнять и изменять функциональные обязанности сотрудников.

Экономичность: предоставляет членам КД, их семьям и сообществу в целом гораздо лучшее соотношение цены и качества, чем другие подходы к социально-психологической реабилитации душевнобольных. Работая как обособленное учреждение, привлекая труд добровольцев-душевнобольных (работающих как технический персонал, как административные

работчие, сотрудники на внутреннем сервисе – кухонная группа, например), Клубный дом может обойтись очень небольшим числом оплачиваемого персонала.

8.3 От профессионального пьедестала к межличностному взаимодействию: роль персонала в Клубном доме

Во многих традиционных амбулаторных моделях социальной реабилитации существуют определенные убеждения в отношении персонала. Эти убеждения подчеркивают отличие сотрудников от клиентов и определяются как элементы, составляющие профессиональный пьедестал.

Реабилитационная модель Клубный дом способствует иному пониманию персонала. В Клубном доме сотрудники взаимодействуют с членами как с партнерами, а не подопечными. И те, и другие имеют возможность учиться, развиваться и получать отдачу друг от друга. Если взаимоотношения в Клубном доме строятся на принципах равенства и партнерства, то он растет, развивается, приобретает собственные неповторимые черты. В противном случае члены Клубного дома теряют мотивацию, а персонал эмоционально выгорает, что приводит к снижению уровня эффективности работы социальной службы.

Многие сотрудники Клубных домов по специальности социальные работники и до прихода в Клубный дом работали в других реабилитационных центрах, оказывая помощь по традиционным схемам. Часто новые члены Клубного дома также ожидают увидеть более структурированное окружение, чем предлагает Клубный дом: некоторые приходят с установками «пациента», ожидая, что им будут говорить, куда идти, что и когда делать. В Клубном доме меняются представления об оказании социально-психологической помощи как у сотрудников, так и у членов. Клубный дом не рассматривается как клиническая или терапевтическая среда. По мере того как меняются представления сотрудников и членов, реабилитационный процесс начинает строиться вокруг межличностных взаимоотношений членов и персонала. Важно, чтобы участники процесса хотели изменить свои убеждения в отношении реабилитационного процесса.

Существуют традиционные убеждения в отношении персонала, которые сегодня поддерживаются как потребителями психиатрических услуг, так и профессионалами в этой сфере. Эти убеждения и формируют профессиональный пьедестал. Вот некоторые из них:

- Персонал обладает специальной подготовкой для своей должности.
- Персонал обладает навыками, ценностями и знаниями, которые являются более эффективным, чем у потребителей услуг.
- Во время работы специалисты самодостаточны в эмоциональном и практическом плане.
- Профессионалы не делятся своими личными проблемами с клиентами.

Опыт сотрудников Клубных домов противоречит этим убеждениям, так как они не способствуют эффективному взаимодействию персонала и членов КД.

В реабилитационной модели Клубный дом существуют компоненты, которые противоречат этим убеждениям и способствуют разрушению профессионального пьедестала.

Во-первых, это особенности отбора персонала. В Клубный дом персонал приходит из разных сфер профессиональной деятельности: психология, социальная работа, педагогика, работа с молодежью, трудотерапия, теология, философия и многое другое. Акцент при подборе сотрудников не ставится на опыт работы и квалификацию. Важнее навыки межличностного общения и способность искренне относиться к людям.

Во-вторых, профессиональный пьедестал подрывается объемом работы, существующим в Клубном доме. Каждый день в Клубном доме выполняется большой объем работ: телефонные звонки и почтовые отправления, подготовка обедов и беседы за чашкой чая, разработка планов и подготовка мероприятий, печать информационных материалов, проведение рабочих собраний, уборка помещений и многое другое. Новые и опытные члены Клубного дома требуют поддержки по целому ряду вопросов, включая жилье, занятость и здоровье. Персонал должен выявлять таланты и способности членов

Клубного дома, которые обеспечивают выполнение всей этой работы.

Неважно, насколько мал вклад члена – он может иметь большое значение для достижения целей работы в Клубном доме. Персонал является одновременно проводником перемен и потребителем услуг от членов Клубного дома.

Один из основных принципов реабилитационной модели Клубный дом состоит в том, что сотрудники и члены рассматриваются как равные. Равенство не однозначный термин и вызывает множество споров. Тем не менее в Клубном доме равенство реализуется в трех основных аспектах:

- равное право голоса в принятии решений;
- равные возможности участия в работе, выполняемой в КД;
- равный доступ ко всему пространству Клубного дома.

Равное право голоса в принятии решений заключается в том, что сотрудники и члены вместе принимают решения, которые влияют на деятельность Клубного дома. Мнения членов имеют тот же вес, что и мнения сотрудников. Таким способом, реабилитационная модель содействует осознанию специалистами такого факта: они не могут знать всех нюансов реальных потребностей членов КД и ответов на все вопросы, касающиеся эффективности реабилитационного процесса. Члены КД часто имеют лучшее понимание и глубже ощущают процессы, происходящие в Клубном доме. Эта форма равенства противоречит убеждению, что персонал «лучше знает, что делать и как поступать».

Равные возможности участия в работе, выполняемой в Клубном доме, также препятствуют восприятию персонала как более умелого, способного выполнять разнообразную, важную и сложную работу. Во время ежедневных планерок сотрудники и члены КД приглашаются к выполнению всей работы, начиная от написания отчета в районную администрацию или заявки на финансирование до мытья посуды. Однако участник планерки, который берется за выполнение конкретного задания, должен проявить интерес именно к этой работе, соотнести степень ответственности задания с имеющимися у него навыками и способностями.

Принцип равного доступа к пространству Клубного дома предполагает, что все сотрудники и члены КД имеют равный доступ ко всем частям помещения. У персонала нет своего кабинета или рабочего стола. Сотрудники и члены КД вместе обедают и пьют чай. Общее пространство способствует созданию доверительной, теплой атмосферы в Клубном доме. Выделение же зон для сотрудников создает ощущение их привилегированности.

Клубный дом – достаточно простая реабилитационная модель. Однако сотрудникам постоянно приходится преодолевать ряд трудностей для эффективной работы.

1. Определение личных границ. Открытые, общие, равноправные отношения, в которых работает персонал, требуют от сотрудников четкого определения личных границ и защиты собственных интересов. В условиях отсутствия временных и территориальных рамок персонал часто остается беззащитным перед потребностями членов и других сотрудников. Нет возможности хотя бы на время уединиться в комнате для персонала или установить четкий график посещения для членов КД. В результате сотрудникам приходится самим заботиться о себе и удовлетворении своих потребностей.

2. Этический вызов. Персонал постоянно учится ценить рабочий процесс в КД, а не конечный результат. Это трудно, поскольку традиционно в трудовых коллективах упор делается на скорость и безупречность достижения рабочих целей. Сотрудники должны постоянно напоминать себе, что главное – это процесс приобретения членами Клубного дома уверенности в своих силах, смелости пробовать новые виды деятельности, а не скорость выполнения работы.

3. Непредсказуемость. Непредсказуемость – то, с чем постоянно сталкиваются сотрудники. Нельзя предугадать, сколько членов придет сегодня в Клубный дом и, следовательно, какой объем работы будет выполнен. Поскольку участие в деятельности Клубного дома добровольно, некоторые члены могут прийти, но не работать.

Персонал и члены КД вместе решают, как будет выполняться та или иная работа, сотрудники не имеют монополии на принятие решений и контроль. Сотрудникам приходится постоянно адаптироваться к разным способам выполнения

работы. Например, необходимо выпустить очередной номер газеты КД, но нельзя предугадать, кто будет вовлечен в эту работу и каков будет результат. Парадоксально, но такой непредвзятый подход к выполнению работы способствует развитию творческого вклада со стороны членов Клубного дома.

4. Новые навыки. Еще одна задача персонала состоит в постоянном освоении новых навыков в самых разных видах деятельности. Сотрудники стараются найти ранее не использованные навыки и таланты у самих себя и у членов КД, использовать воображение при выполнении простых заданий. Это необходимо для того, чтобы работа в КД приобретала значимость, была интересной, полезной и веселой.

5. И не господство, и не зависимость. В работе Клубного дома часто возникают ситуации, когда персонал может непреднамеренно доминировать над менее уверенными членами. Сотрудники вынуждены постоянно контролировать возникающие импульсы к командованию, будь то в вопросах обсуждений, работы или даже ухода.

В то же время работники Клубного дома должны контролировать, не поощряют ли они развитие нездоровой зависимости у членов. Бывают ситуации, когда такая зависимость закономерна. Новые члены могут быть напуганы возможностью участвовать в принятии решений, выполнении незнакомой работы. Это особенно характерно для членов Клубного дома, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями или находящихся на стадии выздоровления. Эти люди часто ищут кого-то сильного и надежного, к кому они могут обратиться за поддержкой и защитой. Как правило, они обращаются к сотрудникам, и было бы нереалистично надеяться решить эти проблемы, оставляя участника без помощи или, наоборот, с нетерпением проявляя внимание к ним. Эти члены нуждаются в стабильности и ком-то, кто будет их обучать. В Клубном доме предполагается, что члены КД могут выступать в роли наставника для новичка. Но реальность такова, что не все члены хотят или готовы оказывать такую поддержку другим. Однако, поощряя членов поддерживать друг друга, сотрудники показывают, что видят в членах КД надежность и силу помогать другим, а это способствует повышению их самооценки.

Членам Клубного дома требуется время, чтобы привыкнуть видеть сотрудников обычными людьми, которые могут ошибаться и имеют свои потребности. Считается, что члены будут относиться к сотрудникам как к равным, когда сами будут к этому готовы. Часто членам Клубного дома достаточно только один раз поверить в свои силы, и они уже могут позволить сотрудникам сойти с пьедестала, что помогает им преодолеть межличностный барьер, который они создали в своих умах. Расширение прав и возможностей всех участников Клубного дома требует постоянных усилий со стороны как членов, так и сотрудников.

Существуют две аналогии, которые чаще всего применяются в отношении Клубного дома. Первая – это семья: здоровое сообщество людей, имеющих возможность рассчитывать на поддержку и сопричастность друг с другом, восстанавливающих свои способности и самостоятельность. Вторая – рабочий коллектив: члены и персонал работают вместе как коллеги, выполняя все разнообразие заданий в Клубном доме.

Клубный дом выдвигает особые требования к роли персонала и личности сотрудника, поддерживает их в своей философии и повседневной практике, что работает на предупреждение формирования профессионального пьедестала. В результате развиваются межличностные отношения, свойственные обычному сообществу людей, членам КД становятся понятны все связанные с этим радости и горести. Опыт работы множества Клубных домов показывает, что эта модель социально-психологической реабилитации людей с психическими заболеваниями способствует росту и развитию личности как потребителей данных услуг, так и специалистов.

Глава 9. Презентация работы Клубных домов – партнеров Минского Клубного дома «Открытая душа»

Клубный дом «Ласточкино гнездо», Мюнхен.

Клубный дом «Ласточкино гнездо» создан в 1986 году и на сегодняшний день объединяет более 200 членов и сотрудников. Сотрудники Клубного дома – это директор, специалисты по социальной работе, социальные педагоги, практиканты и волонтеры высших учебных заведений.

Членом Клубного дома «Ласточкино гнездо» может стать любой совершеннолетний человек, имеющий психическое заболевание или расстройство, не представляющий постоянной серьезной опасности для себя или окружающих. Прием в Клубный дом новых участников происходит после истечения четырехнедельной ориентировочной фазы. Это делается для того, чтобы будущий участник имел возможность ознакомиться с философией и правилами Клубного дома, поучаствовать в работе коллектива и проявить себя. Членство в Клубном доме не имеет временных ограничений и каждый сам определяет, в какое время и как часто он будет приходить – каждый день, раз в полгода или часто, но на пять минут.

Клубный дом предлагает своим членам возможность совместной работы, право голоса и ответственность за происходящее во всех направлениях деятельности Клубного дома.

Основные задачи деятельности Клубного дома «Ласточкино гнездо»:

- Члены КД ведут упорядоченный рабочий день, пробуют выполнять разнообразные функции и принимать на себя различные полномочия, что содействует приобретению нового опыта и развитию интересов.

- Члены КД раскрывают и развивают свои возможности, способности, учатся формулировать и отстаивать свое мнение, принимать самостоятельные решения, что развивает личность и укрепляет веру в себя.

- Члены КД налаживают и углубляют социальные контакты с окружающими, учатся контролировать свои психоэмоциональные реакции, поведение и регулярность приема лекарств, что стабилизирует социальную ситуацию и ситуацию со здоровьем.

Члены Клубного дома принимают участие в упорядоченном рабочем дне в двух группах – офисной и кухонной.

Участники кухонной группы ежедневно готовят завтрак и обед для всех членов Клубного дома, делают закупку продуктов и поддерживают порядок на кухне. Дополнительно участники этой группы обеспечивают работу кафетерия, участвуют в планировании программ праздников и проведения досуга, а также следят за порядком в помещении для подержанных вещей.

Офисная группа издает собственную газету Клубного дома «Ласточкино гнездо», делает переводы текстов с разных языков, выполняет отдельные задачи бухгалтера и ведения расчетов с администрацией района Верхняя Бавария.

Клубный дом организует образовательные курсы и кружки для участников, при этом преподавателями могут быть как специалисты по социальной работе или волонтеры, так и члены КД.

Клубный Дом «Ласточкино Гнездо» предлагает собственную программу промежуточных рабочих мест, что дает возможность как дополнительного заработка, так и приобретения опыта работы на свободном рынке труда. Работа подбирается для каждого участника в индивидуальном порядке, и некоторое время сотрудники Клубного Дома поддерживают и сопровождают участника на его рабочем месте.

Члены КД получают индивидуальные советы, а также жизненную помощь как от Клубного Дома, так и от иных организаций. В случае кризисных ситуаций члены КД имеют право на поддержку участников сообщества Клубного Дома. При необходимости организуются посещения на дому и в клинике.

Клубный дом «Ласточкино Гнездо» сотрудничает с учреждениями здравоохранения, куда обращаются члены КД за профессиональной медицинской помощью.

Клубный дом «Ласточкино гнездо» расположен в центре Мюнхена, что позволяет участникам Клубного дома с легкостью найти его при посещении и знакомстве в первый раз и в последующие визиты.

Помещение Клубного дома занимает 640 кв. м. на двух этажах. На первом этаже расположены: кухня, обеденный зал, кафетерий, помещение для подержанных вещей (где участники могут купить одежду по низким ценам), кладовка, уборная.

Кухня оборудована кухонной техникой и мебелью, предназначенной для производства большого количества еды.

В кафетерии в течение дня можно купить напитки и пирожные. Цены очень низкие, продукты продаются практически по себестоимости. Продавцами в кафетерии работают ответственные члены Клубного дома.

На втором этаже находятся: приемная, два офисных помещения, помещение для конференций, компьютерный класс, комната отдыха, мастерская и уборная. В приемной записываются все члены и гости Клубного дома, приходящие в течение дня. Здесь также регистрируются входящие и исходящие звонки и почтовые отправления. В комнате отдыха любой желающий может прилечь и отдохнуть.

В Клубном доме «Ласточкино гнездо» все двери в помещениях открыты, и если участник считает, что он может выполнить работу, которую он не выполнял ранее, то он может приступить к выполнению этой работы под присмотром социального работника, даже может выполнять некоторые функции директора.

С 1994 года Клубный дом «Ласточкино Гнездо» является членом Международного центра развития Клубных домов и в 2009 году был сертифицирован на соответствие Международным стандартам. После вступления во всемирную сеть Клубных домов, участникам и сотрудникам предоставляется возможность принимать участие во всех конференциях и посещать курсы за границей.

В 2007 году Клубный дом «Ласточкино Гнездо» принял участие в первой конференции «Европейское сотрудничество для развития Клубных домов», которая состоялась в Стокгольме. В рамках сотрудничества с шестью другими европейскими странами Клубный дом «Ласточкино Гнездо» принимает участие в программе «Обучение на протяжении всей жизни», поддерживаемой Европейским Союзом. С 2000 года поддерживается связь с Клубными домами в Австрии, а также другими КД Германии.

Клубный дом «Русский Дом», Москва.

Клубный дом «Русский дом» начал работу в октябре 2001 г. Инициатором создания «Русского дома» стала группа родственников душевнобольных людей и медицинских работников.

Вначале деятельность Клубного дома проходила в арендуемой небольшой комнате, которую благоустроили усилиями членов Клубного дома, волонтеров и спонсоров для начала совместной деятельности. В 2002 году «Русский дом» переехал в более подходящее для жизни и развития помещение, где последовательно воплощает идеи и практику Клубных домов.

Каждый год в «Русском доме» находятся под опекой порядка 60–70 клиентов, ежедневно приходят 6–12 человек.

Ритм дня в Клубном доме задают рабочие собрания, на которых намечаются дела на день. Основное дневное время посвящено совместной работе. Завершает день вечерняя встреча, подводящая итоги дня.

Клубный дом реализует образовательную программу – курсы компьютерной грамотности, английского языка. Также проводятся тренинги навыков повседневной жизни – покупка продуктов, приготовление обеда, уборка помещений и т.д.

Досуговая программа включает посещение музеев и выставок, походы на концерты, прогулки в исторических местах и парках, активный обмен литературой разных направлений, видеофильмами, музыкальными дисками.

Членам Клубного дома предоставляется временная работа на промежуточных рабочих местах. Члены «Русского дома» работают и на независимых рабочих местах.

В «Русском доме» бесплатное питание. Одинокие члены Клубного дома имеют возможность забирать домой готовую пищу.

Сотрудники и члены «Русского дома» регулярно обучаются за рубежом, в Международном центре развития Клубных домов, участвуют в европейских конференциях Клубных домов.

«Русский дом» проводит вводные тренинги для представителей организаций и инициативных групп, приступающих к работе по модели Клубный дом.

Клубный дом Хааберсти, Таллин.

Начал деятельность в 1996 году, является членом международного центра развития Клубных домов. В Клубном доме работают три группы:

– кухонная группа предоставляет возможность пополнить и усовершенствовать свои знания и умения в составлении

простого и полезного для здоровья меню, покупке продуктов и приготовлении пищи, сервировке стола;

– офисная группа включает компьютерные курсы, изучение иностранных языков, занятия в кружках по интересам. В группе осваивают начальные знания по статистическому учету, получают опыт перевода и переписки, издают клубную газету. По пятницам в рамках программы свободного времени проводятся досуговые мероприятия, организуются экскурсии;

– группа трудовой занятости и обучения предлагает каждодневную занятость и поддержку в формировании необходимых навыков для успешного трудоустройства.

Члены клубного дома имеют возможность пользоваться стиральной машиной и душем, читать газеты и журналы. Клубный дом Хааберсти – это место для создания новых отношений и поиска друзей.

Клубный дом «Фонтан», Варшава.

Открылся в 2001 году. В Клубном доме 312 членов, 8 сотрудников и 2 волонтера. Ежедневно дом посещают около 30 человек. Работают три группы:

– группа обслуживания дома занимается организацией питания в Клубном доме, пропагандой здорового образа жизни, организацией праздничных мероприятий, работой в саду. Группа включает также ремонтную мастерскую, где самостоятельно ремонтируют мебель Клубного дома. В группе состоят 86 членов и 2 сотрудника;

– административная группа ведет документооборот Клубного дома, организует прием новых членов, оказывает социальную поддержку членам Клубного дома, издает газету «Фонтан плюс». Состоит из 99 членов и 2 сотрудников;

– группа трудоустройства и образования организует компьютерные курсы и курсы английского языка, содействует трудоустройству членов Клубного дома на промежуточные рабочие места. Также в обязанности группы входит развитие отношений с Клубными домами по всему миру. В группе заняты 127 членов и 2 сотрудника.

В 2004 году Клубный дом «Фонтан» стал членом Международного центра развития Клубных домов.

Глава 10. Опыт работы Минского Клубного дома «Открытая душа»

Идея создания в Беларуси Клубного дома возникла еще в 1997 году, когда ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» стала партнером проекта Московского Клубного дома «Душа человека» «Инициативы самопомощи людей с психическими заболеваниями», финансируемого ТАСИС. Модель Клубного дома была представлена белорусским психиатрам, людям с психическими проблемами и их родственникам директором Московского КД Игорем Доненко во время цикла семинаров.

В том же году при поддержке Посольства Великобритании в Минске состоялась международная конференция «Социальная реабилитация людей с психическими проблемами в обществах переходного периода» с участием представителей из 7 стран. На конференции обсуждался вопрос о необходимости социальной работы с людьми, имеющими психические заболевания. Однако реализовать проект по открытию Клубного дома в Беларуси удалось только в 2011–2013 годах.

В 2011 году ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» приступила к реализации проекта «Клубный дом в системе психиатрической помощи Беларуси» при финансовой поддержке фонда «Акция – Человек», Германия. Партнерами стали Паритетный союз благотворительных организаций Баварии – с немецкой стороны, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» и ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Фрунзенского района г. Минска» с белорусской стороны. Срок реализации проекта 01.06.2011 – 31.01.2013.

Первый в Беларуси Клубный дом – Минский Клубный дом «Открытая душа» – начал свою работу в июне 2011 года на базе ГУ «ТЦСОН Фрунзенского района г. Минска». Территориальный центр предоставил помещения для размещения Клубного дома – комнаты для офисной и кухонной групп, туалетную комнату, небольшой гардероб и коридор. Общая площадь Клубного дома составила 130 м. кв.

Первыми членами Клубного дома стали ребята из отделения дневного пребывания инвалидов Фрунзенского

территориального центра. В дальнейшем информация о новой социальной службе распространялась через врачей РНПЦ психического здоровья, городского психоневрологического диспансера, а также путем презентации этих медицинских учреждений среди пациентов.

Через полтора года работы Клубный дом насчитывает 67 членов, 2 сотрудника и 2 постоянных волонтера. Средний возраст члена КД – 34 года. Соотношение мужчин и женщин равное. Среди заболеваний преобладают различные формы шизофрении, на втором месте – БАР. Большинство членов КД – инвалиды 2-ой группы (31 человек); 3-я группа – 15 человек, 1-я группа – 8 человек, без группы инвалидности – 13 человек.

В Клубном доме ведется база данных членов, в которую вносятся данные из анкет, заполняемых новыми участниками. База содержит контактную информацию, информацию о группе инвалидности, дате рождения, контакты близких родственников, а для участников Программы трудоустройства – информацию об образовании, трудовом маршруте и предпочтениях в выборе профессии. База ведется в электронном виде в программе Excel и поддерживается в актуальном состоянии самими членами Клубного дома. Необходимо отметить, что все данные предоставляются членами Клубного дома абсолютно добровольно, без каких-либо ультиматумов. Это сопряжено с определенным риском для сотрудников Клубного дома, однако способствует снижению уровня тревоги и недоверия среди новых участников. Недостающая информация добавляется по мере вовлечения человека в деятельность КД. Такая тактика в приеме новых членов позволяет отнести Клубный дом к «низкопороговым» учреждениям – учреждениям, для приема в которые нет необходимости предоставлять большое количество подтверждающих документов.

В Клубный дом принимаются люди с психическими заболеваниями, находящимися в стадии ремиссии. Если же кому-то из членов Клубного дома становится плохо, то сотрудники стараются убедить человека обратиться к врачу или приостановить посещение Клубного дома, пока не станет легче. В крайнем случае персонал может обратиться за помощью к родственникам члена Клубного дома или вызвать скорую

помощь (если поведение члена КД угрожает безопасности окружающих или его самого).

В Минском Клубном доме «Открытая душа» действуют пять программ: программа упорядоченного рабочего дня, образовательная и досуговая программы, программа трудоустройства и программа помощи в кризисной ситуации.

Программа упорядоченного рабочего дня предполагает выполнение работы в офисной и кухонной группах. Рабочий день начинается с рабочего собрания членов Клубного дома, на котором решается, кто и какую работу будет выполнять. Собрания могут проводить как сотрудники, так и члены Клубного дома. Задания выбираются добровольно. Для удобства и наглядности процесса распределения заданий используется рабочий стенд, на котором находится информация о работе, необходимой к выполнению. На стенде отмечаются исполнители работы и, при необходимости, сроки исполнения и результаты. Кроме рабочего стенда, для распределения заданий и планирования работы используются специальные бланки. Например, Кухонный бланк.

Новичкам бывает трудно включиться в процесс деятельности в Клубном доме. Поэтому задача персонала состоит в создании дружественной, теплой атмосферы. Не стоит стремиться сразу привлечь нового участника к выполнению сложных заданий. С другой стороны, если сотрудник видит успехи у членов Клубного дома, он может попробовать привлечь их к выполнению новых, более сложных заданий, что будет способствовать их развитию.

Целесообразно сложные рабочие задачи разбивать на более мелкие. Например, написание статьи для газеты можно разделить на следующие этапы: выбор темы, поиск информации, подготовка статьи в письменном варианте, выбор заголовка, набор статьи в электронном варианте. Эти задания могут распределяться между несколькими членами.

Образовательная программа в Клубном доме «Открытая душа» представлена курсами английского языка и компьютерной грамотности. При выборе курсов сотрудники ориентировались на интересы членов Клубного дома. Преподаватели курсов – волонтеры. На первом этапе работы волонтера специалист по социальной работе помогает ему установить контакт

с членами Клубного дома, правильно структурировать занятие. Занятия проходят один раз в неделю, длятся по часу.

При разработке программы образовательного курса учитывается, что многие члены Клубного дома испытывают трудности с запоминанием новой информации в связи с особенностями заболевания или побочным действием некоторых лекарственных препаратов. Поэтому на одном занятии не предлагается к усвоению большой объем информации, используются мультимедийные средства обучения для большей наглядности.

Досуговая программа в Клубном доме «Открытая душа» строится на предпочтениях членов Клубного дома и включает рекреационные мероприятия, проводимые как в помещении КД, так и в городе. Разработкой и проведением праздничных мероприятий занимается кухонная группа. Разработка включает: определение даты и времени мероприятия, составление плана мероприятия, закупку необходимых продуктов, украшение помещения, рассылку приглашений или обзвон по телефону. Большой объем работы при подготовке к праздничным датам составляет изготовление и рассылка открыток, поскольку открытки необходимо разослать всем членам Клубного дома. Это хороший способ напомнить о себе и поддержать тех из членов КД, кто себя на данный момент плохо чувствует. Поэтому готовиться к большим праздникам Клубный дом начинает за 3 недели. К досуговым мероприятиям в Клубном доме относятся: праздничные мероприятия, приуроченные к знаменательным датам, дни рождения членов КД, посещения музеев, выставок, концертов, спортивных мероприятий, проводимых в городе.

Программа трудоустройства членов Клубного дома состоит из двух модулей: подготовительного и содействия трудоустройству. Подготовительный модуль включает помощь в составлении и рассылке резюме, обучение навыкам поиска работы в Интернете и при содействии служб занятости, подготовку к прохождению собеседования по телефону и на личном приеме. Этот модуль может включать основы профессионального консультирования, если кто-либо из сотрудников владеет базовыми методиками.

Модуль содействия трудоустройству предполагает поиск рабочего места для конкретного члена Клубного дома, помощь в оформлении необходимых документов, а также

консультационную поддержку нанимателя. К участию в этом модуле приглашаются члены, длительно посещающие Клубный дом и зарекомендовавшие себя как ответственные люди. Для участников программы трудоустройства разработана анкета «Трудовой маршрут», куда вносятся данные о диагнозе, группе инвалидности (если есть), образовании, опыте работы и предпочтениях в выборе работы.

В рамках данной программы на сегодняшний день на постоянную работу устроены два члена Клубного дома, II и III групп инвалидности. Для трудоустройства были предприняты следующие шаги:

- поиск нанимателя;
- заключение договора о социальном партнерстве между нанимателем и ОО «БАСР»;
- сбор документов, необходимых для трудоустройства по программе адаптации инвалидов к трудовой деятельности (согласно Положению о порядке организации и финансирования мероприятий по адаптации инвалидов к трудовой деятельности, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 02.02.2009 г. № 128);
- непосредственно трудоустройство.

Сотрудники Клубного дома постоянно поддерживают связь с трудоустроенными членами и нанимателем.

Такая схема трудоустройства людей с психическими заболеваниями, на наш взгляд, является наиболее приемлемой для модели Клубный дом в Беларуси. В этом случае Клубный дом выступает как связующее звено между потенциальным работником, нанимателем и службой занятости. Людям с психическими заболеваниями нужна поддержка в решении вопросов, связанных с трудоустройством, – первое собеседование с нанимателем, бюрократические проволочки. А нанимателю морально легче взять на работу человека, за которого ручается социальная организация.

Программа помощи в кризисной ситуации в Клубном доме «Открытая душа» предполагает поддержку членов во время госпитализации, консультативную помощь в тяжелой жизненной ситуации (с использованием Информационной системы БСИ ОО «БАСР»). Большим потенциалом в оказании помощи в кризисной ситуации обладают сами члены Клубного

дома благодаря имеющемуся личному опыту в преодолении различных трудных ситуаций.

Международные стандарты для Программы Клубных домов не предполагают работу с родственниками и близкими людей с психическими заболеваниями. Однако в условиях Беларуси такая работа необходима – система помощи родственникам душевнобольных не развита, а добиться изменений в социальном функционировании человека с психическим заболеванием можно только при поддержке семьи. Поэтому при Клубном доме «Открытая душа» организована группа самопомощи родственников людей с психическими заболеваниями. Среди участников группы было проведено анкетирование, согласно результатам которого родственники нуждаются в психологической, юридической и информационной помощи. Собрания группы самопомощи проходят один раз в месяц в вечернее время.

Важным аспектом работы Клубного дома является деятельность, направленная на изменение отношения в обществе к людям с психическими заболеваниями. Так, ко дню психического здоровья, 10 октября 2012 года, был приурочен благотворительный показ фильма «Игры разума» в кинотеатре «Ракета». В фойе кинотеатра была размещена выставка плакатов «Великие люди, страдавшие психическими заболеваниями». Материалы для плакатов собирали члены Клубного дома. Мероприятия такой направленности способствуют не только преодолению стереотипов в обществе, но и разрушению внутренней стигмы у членов Клубного дома.

Для оценки эффективности работы Минского Клубного дома «Открытая душа» проводилось исследование изменения качества жизни членов Клубного дома. В исследовании использовалась экспресс-методика исследования качества жизни (NAIF), адаптированная в научно-исследовательском институте экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства здравоохранения Республики Беларусь (авторы адаптации к.м.н. Пушкарев А.Л. и к.м.н. Аринчина Н.Г.). Эта методика помогает оценивать эффективность разнообразных реабилитационных и лечебных мероприятий, выявлять уязвимые стороны в жизни больного или инвалида и целенаправленно оказывать необходимую помощь.

В исследовании приняли участие 32 члена Клубного дома с диагнозом шизофрении. Оценка качества жизни проходила в два этапа – при поступлении в Клубный дом и через 6 месяцев активного посещения (как минимум 1 раз в неделю).

Согласно результатам исследования реабилитационная модель Клубный дом эффективна в вопросах повышения качества жизни людей с психическими заболеваниями. Интегральный показатель качества жизни изменился от 0,48 до 0,59 ($p < 0,001$). Позитивные изменения главным образом произошли благодаря улучшению социальной функции от 0,46 до 0,52 ($p < 0,001$) и эмоционального показателя от 0,51 до 0,62 ($p < 0,001$). Для людей с психическими заболеваниями характерна социальная изоляция, связанная с внутренней и внешней стигматизацией. Клубный дом предоставляет возможность общения в теплом кругу друзей и знакомых. Общение, завязавшееся в Клубном доме, зачастую продолжается за его стенами. Также и некоторые задания, например, поход в магазин или на почту, способствуют развитию социально функционирования. Улучшение эмоционального состояния связано с возможностью сменить обстановку, отвлечься от тяжелых мыслей, поверить в свои силы, найти друзей и занятие по душе. Родители членов Клубного дома также отметили изменение эмоционального состояния своих детей, например – снижение агрессивности, уменьшение апатии.

Достаточно высокой степенью достоверности обладали изменения познавательной функции, что связано с работой в программе когнитивной реабилитации «Адалин» и участием в образовательных курсах.

Не менее значимыми показателями эффективности реабилитационной модели Клубный дом являются отзывы самих членов Клубного дома и их родственников.

Николай, 38 лет: «Хорошо здесь, весело общаться с участниками Клубного дома. Нравятся компьютерные курсы, курсы английского языка. У меня есть любимое дело в Клубном доме – покупка марок для конвертов. Еще я смотрю, чтобы в кувшине в офисной группе всегда была свежая вода».

Лера, 27 лет: «Я прихожу в Клубный дом обучаться, узнавать новое, за общением и еще хочу быть полезной. Я люблю работать на компьютере, придумывать конкурсы для

праздников. Еще я делаю открытки, чтобы поздравлять членов Клубного дома с Днем рождения».

Настя, 29 лет: «Клубный дом дает мне возможность развивать социальные контакты, найти новых знакомых. Мне нравятся совместные походы в музеи, ботанический сад. Нравится работать в кухонной группе, распределять обязанности между участниками Клубного дома. Я рекомендую посещать Клубный дом всем своим знакомым».

Игорь, 46 лет: «В Клубном доме я хочу найти свою вторую половинку. Раньше, когда мне было одиноко, я ложился в психиатрическую больницу. Там, в отделении, у меня много друзей. Теперь мне не надо ложиться для этого в больницу – я могу прийти в Клубный дом».

Светлана Евгеньевна, мама члена Клубного дома «Открытая душа»: «Я рада, что мы пришли в Клубный дом. Уже сейчас я замечаю изменения – мой сын стал не таким агрессивным, стал внимательнее ко мне относиться. Он ходит в Клубный дом каждый день, и у меня есть возможность побыть дома одной, отдохнуть».

Надежда Валерьевна, мама члена Клубного дома «Открытая душа»: «Моя дочь стала меньше сидеть дома, у нее появились друзья, с которыми она выходит погулять. А недавно она начала интересоваться работой, смотрит объявления в Интернете. Я считаю, что Клубный дом должен быть в каждом районе Минска».

В процессе реализации пилотного проекта ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» «Клубный дом в системе психиатрической помощи Беларуси» стало совершенно очевидно, что технология социальной работы, описанная в виде Международных стандартов Клубных домов, содействует укреплению сил душевнобольного человека, но скорость преодоления ступеней социальной лестницы в большой степени зависит от потенциала личности и степени заболевания. Межличностное общение и успехи отдельных членов Клубного дома формируют мотивацию к активизации для самопомощи, открывает новые перспективы, желание быть в группе и поддерживать свое состояние, работать на общий успех.

Приложение А

Этика в социальной работе, свод принципов

Принят на Генеральной ассамблее Международной федерации социальных работников (МФСР) и Международной ассоциации школ социальной работы (МАШСР).

Аделаида, Австралия, октябрь 2004 года.

1. Преамбула.

Этические знания – фундаментальная часть профессиональной практики социальных работников. Их способность поступать в соответствии с этическими нормами является важнейшим аспектом качества услуг, предоставляемых клиентам.

Цель деятельности Международной ассоциации школ социальной работы и Международной федерации социальных работников в области этических вопросов – обеспечение возможности этических дискуссий и размышлений среди сотрудников–членов организаций, поставщиков социальных услуг, преподавателей и студентов учебных заведений, занимающихся подготовкой социальных работников. Некоторые спорные этические вопросы и проблемы, с которыми сталкиваются социальные работники, остаются специфическими для отдельных стран, однако есть и много общего. Определяя лишь общие подходы, совместный свод принципов МФСР и МАШСР имеет своей целью поощрять социальных работников всего мира к осмыслению спорных вопросов и дилемм, с которыми они сталкиваются, принятию этически взвешенных решений в конкретных случаях.

Некоторые из проблемных областей включают в себя:

- факт того, что лояльность социальных работников очень часто находится на стыке различных интересов;
- факт того, что функциями социальных работников являются как помощь, так и контроль;
- конфликт между обязанностями социальных работников защищать интересы людей, с которыми они работают, и необходимостью действовать эффективно и рационально;
- факт того, что денежные средства в обществе ограничены.

Данный документ принимает за основу определение социальной работы, одобренное отдельно МФСР и МАШСР на соответствующей Генеральной Ассамблее в Монреале, Канада,

в июле 2000 года и затем совместно принятое в Копенгагене в мае 2001 года (раздел 2). Данное определение делает акцент на принципах прав человека и социальной справедливости. Следующий раздел 3 дает ссылки на международные декларации и конвенции по правам человека, которые являются существенными для социальной работы, основываясь при этом на ряде этических принципов – уважение прав человека, человеческого достоинства и социальной справедливости. Последний раздел включает в себя некоторые из руководств по этическому поведению в социальной работе, которые, как предполагается, будут детально разработаны и включены в национальные кодексы и этические руководства членов организаций МФСР и МАШСР.

2. Определение понятия социальная работа.

Профессиональная деятельность социальных работников способствует общественным изменениям, решению проблем человеческих взаимоотношений, содействует укреплению способностей к самостоятельному функционированию людей в обществе в целях повышения уровня их благополучия. Используя теории поведения человека и общественных систем, социальная работа осуществляется в сфере взаимодействия человека и его окружения. Права человека и принцип социальной справедливости являются фундаментом социальной работы.

3. Международные конвенции.

Международные декларации и конвенции, основанные на всеобщих стандартах достижения и признания прав человека, принятых мировой общественностью.

- Всеобщая Декларация прав человека – Universal Declaration of Human Rights;
- Международный Пакт о гражданских и политических правах – The International Covenant on Civil and Political Rights;
- Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах – The International Covenant on Economic Social and Cultural Rights;
- Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации – The Convention on the Elimination of all Forms of Racial Discrimination;

- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин – The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women;

- Конвенция о правах ребенка – The Convention on the Rights of the Child;

- Конвенция МОТ № 169 о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни, в независимых странах – Indigenous and Tribal Peoples Convention (ILO convention 169).

4. Принципы.

4.1. Права человека и человеческое достоинство

Социальная работа основывается на уважении неотъемлемой ценности и чувства собственного достоинства всех людей, а также прав, которые из этого следуют. Социальный работник обязан помогать и защищать физическую, психологическую, эмоциональную и духовную неприкосновенность и благополучие каждого человека. Это означает:

1. Уважение права на самоопределение – социальные работники должны уважать права человека, предоставлять ему возможность самому делать выбор и принимать решения, но лишь в том случае, если это не угрожает правам и законным интересам других людей.

2. Предоставление права на участие – социальные работники должны обеспечивать полное вовлечение и участие клиентов в процессах, что предоставит им возможность быть уполномоченными в принятии любых решений касательно их собственной жизни.

3. Оказание помощи каждому человеку в полной мере – социальные работники должны рассматривать личность в целом, совместно с семьей, общественностью, социальным и природным окружением, а также должны стремиться к осознанию всех аспектов жизни личности.

4. Идентификация и развитие достоинств – социальные работники должны фокусировать свое внимание на достоинствах всех индивидов, групп и сообществ и таким образом содействовать их развитию.

4.2 Социальная справедливость

Социальные работники должны обеспечивать социальную справедливость как в отношении всего общества, так

и в отношении людей, с которыми они непосредственно работают. Это означает:

1. Предотвращение дискриминации – социальные работники обязаны предотвращать негативную дискриминацию, основанную на таких базовых характеристиках, как: способности, возраст, культурные особенности, половая принадлежность, семейный статус, социально-экономический статус, политические взгляды, цвет кожи, расовая принадлежность и другие физические характеристики, а также сексуальная ориентация и вероисповедание.

2. Признание различий – социальные работники должны признавать и уважать этические и культурные различия тех сообществ, в которых они осуществляют свою деятельность, учитывая индивидуальные, семейные, групповые и общественные отличия.

3. Справедливое распределение ресурсов – социальные работники должны обеспечивать справедливое распределение ресурсов, которыми они располагают, и в соответствии с первоочередными потребностями.

4. Оспаривание несправедливой политики и деятельности – обязанностью социальных работников является привлечение внимания работодателей, высших должностных лиц, политиков и общественности к таким ситуациям, в которых деятельность не отвечает этическим требованиям, а также в которых распределение ресурсов и политика являются неправомерными или пагубными.

5. Солидарная деятельность – социальный работник обязан осуществлять деятельность в интересах всего общества, обращать внимание на социальные условия, которые содействуют социальному исключению, стигматизации или подчинению.

5. Профессиональная этика.

Социальные работники должны осуществлять свою деятельность в соответствии с основными этическими принципами профессионального поведения, которые предусматривают следующее:

1. Социальные работники не должны использовать свои навыки в негуманных целях, таких как пытки или терроризм.

2. Социальные работники должны поступать честно. Это означает исключение злоупотребления доверием клиентов,

признание границ между личной и профессиональной жизнью, а также исключение использования собственной позиции в личных целях.

3. Социальные работники должны поступать в отношении клиентов с состраданием, эмпатией и заботой.

4. Социальные работники не должны подчинять интересы и нужды клиентов своим собственным интересам и нуждам.

5. Социальные работники должны принимать необходимые действия для заботы о себе профессионально и лично как на рабочем месте, так и в обществе для того, чтобы обеспечить достойное предоставление услуг.

6. Социальные работники должны соблюдать конфиденциальность в отношении информации, касающейся клиента. Исключением могут быть лишь случаи, основанные на высших базовых этических требованиях (такие как защита жизни).

7. Социальные работники должны сознавать, что они несут ответственность за свои действия перед клиентами, людьми, с которыми они работают, коллегами, работодателями, профессиональными ассоциациями и перед законом, а также помнить о том, что данные ответственности могут вступать в конфликт.

8. Социальные работники должны быть готовы к сотрудничеству со школами социальных работников для того, чтобы обеспечить достойную квалифицированную практику и предоставить новейшие практические знания для студентов в социальной сфере.

9. Социальные работники должны стимулировать и участвовать в этических дискуссиях со своими коллегами и работодателями, брать на себя ответственность за принятие этически обоснованных решений.

10. Социальные работники должны быть готовы излагать причины своих решений, основанных на этических рассуждениях, нести ответственность за свой выбор и поступки.

11. Социальные работники должны действовать для создания необходимых условий в службах, в которых они осуществляют свою деятельность, и в своей стране.

Copyright © 2004 International Federation of Social Workers and International Association of Schools of Social Work, PO Box 6875, CH-3001 Bern, Switzerland

Приложение В

Кодекс профессиональной этики психиатра Республики Беларусь

принят

Пленумом Правления Белорусской Психиатрической Ассоциации в г. Гомеле, май 1996 г.

Медицинская профессия во все времена подчинялась этическим нормам, которые были и есть важной частью профессиональной подготовки и профессиональной деятельности врача.

Для психиатра, имеющего дело с психическим здоровьем и поведением человека, в силу специфики его профессии соблюдение этических норм приобретает особую актуальность.

Настоящий Кодекс, принятый Белорусской Психиатрической Ассоциацией, имеет цель письменно сформулировать и закрепить основные нормы и правила этического поведения в профессии.

Изложенные в нем правила не являются законами, но представляют собой стандарты поведения психиатра.

Настоящий Кодекс основывается на гуманистических традициях отечественной Медицины, принятых сегодня мировым психиатрическим сообществом.

1. Главная цель деятельности психиатра – оказание компетентной психиатрической помощи всякому нуждающемуся в этом пациенту.

Неэтичными являются любые предпочтения при оказании психиатром помощи, основывающиеся на особенностях экономического, социального, семейного положения пациента, его пола, возраста, расовой, национальной, религиозной, политической принадлежности и других соображений немедицинского характера.

Неэтичными и недопустимыми являются любые формы проявления превосходства над пациентом и унижения его достоинства в ходе оказания помощи.

2. Психиатр не вправе критиковать или навязывать пациенту свои философские, религиозные, политические, социальные

и иные взгляды, выходящие за рамки его профессиональной деятельности. Диагноз психического расстройства не может основываться только на расхождении взглядов пациента с принятыми в обществе.

3. Оказываемая психиатром помощь должна строиться на основе терапевтического сотрудничества и терапевтического контракта. Психиатр обязан уважать право пациента на отказ от лечения и обследования после предоставления всей необходимой информации.

Никакое психиатрическое вмешательство не может быть проведено против воли пациента, за исключением случаев, когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент не в состоянии оценить, что является для него благом, и когда без такого вмешательства с высокой вероятностью могут наступить тяжелые последствия для пациента или окружающих, либо когда проведение психиатрического обследования и лечения определено действующими в стране законами.

Недопустимым является использование любых диагностических и лечебных процедур с целью наказания пациента, либо для удобства врача или персонала, либо с любыми иными немедицинскими целями.

Пациент должен быть полностью проинформирован о возможных побочных эффектах, осложнениях и других негативных последствиях предполагаемого лечения либо обследования.

4. Психиатр не вправе участвовать в пытках, казнях, иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми.

5. Психиатр обязан соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, полученной им в ходе оказания помощи. Неэтичным является разглашение любых сведений, включая и сам факт оказания помощи без получения согласия на то пациента. Клинические материалы, используемые в обучении, должны быть зашифрованы с целью сохранения анонимности пациентов.

Психиатр вправе разгласить сведения, составляющие врачебную тайну, независимо от согласия пациента только в случаях, предусмотренных законом, или когда нет другой

возможности для предотвращения серьезного вреда пациенту или окружающим. При этом врач должен поставить пациента в известность о неизбежности раскрытия информации.

6. При оказании психиатрической помощи неэтичным является использование психиатром труда пациента в личных целях, заключение с ним имущественных сделок, вступление в интимные отношения, удовлетворение каких-либо иных потребностей за счет пациента.

Психиатр вправе принять благодарность от пациента или его родственников, если это не нарушает правовых норм и соизмеримо с объемом, качеством и сложностью оказанной психиатром помощи. Неэтичным является оказание любого давления на пациента или его родственников с целью получения благодарности от них.

Высоко этичным является предоставление психиатром безвозмездной помощи неимущим.

7. Психиатр должен делать все от него зависящее для консолидации, развития и повышения авторитета профессионального сообщества, к которому он принадлежит, защищать честь и достоинство своих коллег, делиться с ними своими профессиональными знаниями и опытом.

Психиатр ответственен за непрерывное повышение собственной квалификации и должен находить время на обучение.

Этичным является выражение несогласия с мнениями своих коллег либо критика их действий, если это делается внутри профессионального сообщества и в неоскорбительной форме. Недопустимы отрицательные высказывания о работе коллег, адресованные или сделанные в присутствии пациентов и их родственников. Неэтичны любые попытки повысить свой авторитет путем дискредитации работы коллег.

Психиатр обязан препятствовать практике бесчестных и некомпетентных врачей, как и непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

Психиатр специализируется в той медицинской профессии, в которой он получил подготовку и куда он относит своих

пациентов. Неэтично, если психиатр регулярно практикует за пределами своей профессиональной компетенции или в области, где он не получил достаточной подготовки.

8. Органом, контролирующим соблюдение этических норм, является Этическая Комиссия Белорусской Психиатрической Ассоциации и этические комиссии ее областных отделений.

9. За нарушение норм настоящего Кодекса могут быть применены следующие санкции:

- 1) замечание — неформальное предупреждение;
- 2) предупреждение — формальное предупреждение;
- 3) приостановление членства в Ассоциации на срок до 1 года;
- 4) исключение из БПА с обязательным уведомлением об этом психиатров Республики Беларусь, соответствующего органа здравоохранения и аттестационной комиссии.

Приложение С

Дифференциально-диагностический опросник

Е.А. Климова

Опросник позволяет выявить профессиональные предпочтения оптанта.

Сам по себе метод достаточно прост, его использование не занимает много времени. Исследование можно проводить как индивидуально, так и с группой.

Инструкция:

«Предположим, что после соответствующего обучения вы сможете выполнять любую работу. Однако если бы вам пришлось выбирать только из двух возможностей, что бы вы предпочли? Ответ в форме знака плюс поставьте в соответствующую клеточку листа ответов».

Дифференциально-диагностический опросник:

- 1а. Ухаживать за животными.
- 1б. Обслуживать машины, приборы (следить, регулировать).
- 2а. Помогать больным людям.
- 2 б. Составлять схемы, таблицы, программы вычислительных машин.
- 3а. Следить за качеством книжных иллюстраций, плакатов, грампластинок.
- 3б. Следить за состоянием, развитием растений.
- 4а. Обрабатывать материалы (дерево, ткань, металл, пластмассу).
- 4б. Доводить товары до потребителя (рекламировать, продавать).
- 5а. Обсуждать научно-популярные книги, статьи.
- 5б. Обсуждать художественные книги.
- 6а. Выращивать молодняк — животных какой-нибудь породы.
- 6б. Тренировать сверстников (или младших) в выполнении каких-либо действий (трудовых, спортивных, учебных).
- 7а. Копировать рисунки, изображения, настраивать музыкальные инструменты.
- 7б. Управлять каким-либо грузовым, подъемным транспортным средством (подъемным краном, трактором и др.).
- 8а. Сообщать, разъяснять людям нужные им сведения (в справочном бюро, на экскурсии и т. д.).
- 8б. Художественно оформлять выставки, витрины, участвовать в подготовке пьес, концертов.

9а. Рекламирывать изделия, вещи (одежду, технику), жилище.

9б. Искать и исправлять ошибки в текстах, таблицах, рисунках.

10а. Лечить животных.

10б. Выполнять вычисления, расчеты.

11а. Выводить новые сорта растений.

11б. Конструировать, проектировать новые виды промышленных изделий (машины, одежду, дома, продукты питания).

12а. Разбирать споры, ссоры между людьми, убеждать, разъяснять, поощрять, наказывать.

12б. Разбираться в чертежах, схемах, таблицах (проверять, уточнять, приводить в порядок).

13а. Наблюдать, изучать работу кружков художественной самодеятельности.

13б. Наблюдать, изучать жизнь микробов.

14а. Обслуживать, налаживать медицинские приборы и аппараты.

14б. Оказывать людям медицинскую помощь при ранениях, ожогах и т. п.

15а. Составлять точные описания (отчеты) о наблюдаемых явлениях, событиях и др.

15б. Художественно описывать, изображать события, наблюдаемые или представляемые.

16а. Делать лабораторные анализы в больнице.

16б. Принимать, осматривать больных, беседовать с ними, назначать лечение.

17а. Красить или расписывать стены помещений, поверхность изделий.

17б. Осуществлять монтаж зданий или сборку машин, приборов.

18а. Организовывать культпоходы в театры, музеи, на экскурсии и т. п.

18б. Играть на сцене, принимать участие в концертах.

19а. Изготавливать по чертежам детали, изделия (машины, одежду), строить здания.

19б. Заниматься черчением, копировать чертежи, карты.

20а. Вести борьбу с болезнями растений, с вредителями леса, сада.

20б. Работать на клавишных машинах (пишущей машинке, телетайпе, наборной машине и др.).

Бланк ответов.

Типы профессий				
1	2	3	4	5
1а	1б	2а	2б	3а
3б	4а	4б	5а	5б
6а		6б		7а
	7б	8а		8б
	9а		9б	
10а			10б	
11а	11б	12а	12б	13а
13б	14а	14б	15а	15б
16а		16б		17а
	17б	18а		18б
	19а		19б	
20а			20б	

Первая строка бланка ответов заполняется после окончания работы с опросником:

1 колонка – тип профессий «Человек – природа»,

2 колонка – «Человек – техника»,

3 колонка – «Человек – человек»,

4 колонка – «Человек – знаковая система»,

5 колонка – «Человек – художественный образ».

При обработке результатов в каждом из пяти вертикальных столбцов необходимо посчитать сумму плюсов.

Анализируя полученные данные, следует иметь в виду, что вопросы подобраны и сгруппированы следующим образом: в первом столбце они относятся к профессиям «человек – природа» (П), во втором – «человек – техника» (Т), в третьем – «человек – человек» (Ч), в четвертом – «человек – знаковая система» (З), в пятом «человек – художественный образ» (Х).

Максимальные суммы плюсов в тех или иных столбцах указывают на направленность к соответствующей области профессиональной деятельности.

Минимальное количество баллов по каждой графе – 0, максимальное – 8 баллов. Если набрано 0-2 балла, то результат свидетельствует о том, что интересы к данной группе не выражены;

3–6 баллов – профессиональная направленность и интересы выражены в средней степени;

7–8 баллов – профессиональная направленность выражена ярко и отчетливо.

Интерпретация полученных результатов.

Для того чтобы освоить определенную профессию и успешно трудиться, человек должен обладать конкретными качествами, отвечающими тем требованиям, которые эта профессия предъявляет к личности работающего. Поэтому важно, выбирая профессию, знать эти требования.

Профессии типа «человек – техника» (Т). Особенность технических объектов заключается в том, что они могут быть точно измерены. При работе с техникой от человека требуются точность, определенность действий. Нужна и высокая исполнительская дисциплина, аккуратность. Последние качества важны, конечно, везде, но при работе с техникой, с ее точностью, дробным разделением труда им уделяется особое внимание.

Техника как предмет труда предоставляет широкие возможности для новаторства, выдумки, творчества, изобретательности. Поэтому важное значение имеет такое качество, как практическое мышление. Техническая фантазия, способность мысленно оперировать (соединять, разъединять и т.д.) техническими объектами и их частями – важные условия успеха в данной области, причем изобретать можно не только новые продукты труда, но и способы работы.

Профессии типа «человек – человек» (Ч). Главное содержание труда в них заключается во взаимодействии между людьми. Если не ладится это взаимодействие, значит не ладится и работа. Поэтому существенное значение имеет умение устанавливать и поддерживать контакты с людьми, умение слушать, способность понять другого человека, разбираться в его особенностях.

Основные личные качества, которые важны при работе с людьми: уравновешенность, общительность, способность поставить себя на место другого человека, понимание намерений, настроения людей, умение находить общий язык с разными людьми, терпение.

Профессии типа «человек – природа» (П). Представителей этой профессии объединяет одно важное качество – любовь к природе. Любовь не созерцательная, как к наиболее

благоприятной среде для отдыха, а деятельная, связанная с познанием ее законов и применением их на практике. Поэтому, выбирая профессию данного типа, важно разобраться, как именно вы относитесь к природе: как к мастерской, где вы будете работать, или как к месту отдыха, где хорошо погулять, подышать свежим воздухом.

Особенность биологических объектов труда состоит в том, что они сложны, изменчивы, нестандартны. И растения, и животные и микроорганизмы развиваются без выходных и праздников, так что специалисту необходимо всегда быть готовым к непредвиденным событиям, также много сведений приходится держать в уме. Необходимо быть наблюдательным, дальновидным, с хорошо развитой интуицией, чтобы предвидеть и замечать возможные изменения. Важны инициатива и самостоятельность, а также ответственность в решении конкретных задач. Изменчивые условия труда требуют от работника творческого мышления.

Профессии типа «человек – знаковая система» (З). Мы встречаемся со знаками на каждом шагу. Это и цифры, и коды, и условные знаки, и естественные и искусственные языки, и чертежи. В любом случае, человек воспринимает знак как символ реального объекта. Специалисту, работающему со знаками, важно, с одной стороны, уметь абстрагироваться от реальных свойств предметов, обозначенных теми или иными знаками, а с другой стороны – представлять и воспринимать характеристики и закономерности явлений и объектов, стоящие за знаками. У специалиста должно быть хорошо развито абстрактное мышление и воссоздающее воображение. А учитывая, что знаки часто имеют малозаметные различия, в работе с ними необходимы такие качества, как сосредоточенность, устойчивость внимания, усидчивость.

Профессии типа «человек – художественный образ» (Х). Важнейшее требование – наличие способностей к искусствам, творческое воображение, образное мышление. И, конечно, трудолюбие. Наблюдения за конечным результатом часто создают обманчивое представление о легкости самого процесса труда. Между тем, надо помнить, что за внешней легкостью стоит напряженная многочасовая ежедневная практика.

Приложение D

Международные Стандарты для программы «Клубный дом»

Настоящие Международные Стандарты, согласованные с всемирным сообществом Клубных Домов, определяют модель реабилитации «Клубный Дом». Именно те принципы, которые изложены в этих Стандартах, и определяют успех Клубных Домов в их помощи людям с проблемами психического здоровья, позволяя им жить за пределами больницы и достигать социальных, финансовых и профессиональных целей. Для членов Клубных Домов Стандарты также являются своего рода «биллем о правах», а для сотрудников, Совета Директоров и администрации – своеобразным кодексом этики. Стандарты декларируют Клубный Дом как место, которое предоставляет своим членам уважение и возможности, недоступные для них ранее. Стандарты обеспечивают основу оценки качества работы Клубного Дома путем сертификации, осуществляемой Международным Центром Развития Клубных Домов. Каждые два года Международное Сообщество Клубных Домов пересматривает эти Стандарты и по мере необходимости принимает поправки к ним. Этот процесс координируется Комитетом ICCD по пересмотру Стандартов, в состав которого входят члены и сотрудники Клубных Домов, сертифицированных ICCD, из разных стран мира.

Членство в Клубном Доме

1. Членство в Клубном Доме добровольно и не имеет временных ограничений.

2. Клубный Дом контролирует прием новых участников реабилитационной программы (членов Клубного Дома). Членом Клубного Дома может быть любой человек, страдающий психическим заболеванием, если только он не представляет значительной и постоянной угрозы сообществу Клубного Дома.

3. Члены Клубного Дома сами выбирают способ и степень своего участия в деятельности Клубного Дома, а также сотрудников, с которыми они непосредственно работают. Не существует каких-либо договоров, контрактов, расписаний или правил, которые принуждали бы членов Клубного Дома участвовать в реабилитационной программе.

4. Все члены Клубного Дома имеют равный доступ ко всем возможностям, предоставляемым Клубным Домом, независимо от их диагноза или уровня функционирования.

5. Члены Клубного Дома по своему желанию участвуют в ведении всех записей относительно их участия в деятельности Клубного Дома. Вся информация подобного рода должна быть подписана как самим членом Клубного Дома, так и сотрудником.

6. Члены Клубного Дома имеют право вернуться в сообщество Клубного Дома после отсутствия любой продолжительности, если только их возвращение не представляет реальной угрозы сообществу Клубного Дома.

7. Клубный Дом имеет эффективную систему связи с теми его членами, которые отсутствуют по какой-либо причине, становятся изолированными от общества или госпитализируются.

Взаимоотношения

8. Все собрания в Клубном Доме открыты как для членов Клубного Дома, так и для персонала. Нет никаких официальных собраний только для членов Клубного или только для сотрудников, на которых обсуждались бы программные решения или вопросы, касающиеся членов Клубного Дома.

9. Количество сотрудников в Клубном Доме, с одной стороны, должно быть достаточным для того, чтобы вовлекать членов Клубного Дома в работу, и, с другой стороны, ограниченным до такой степени, чтобы они не могли бы выполнять свои обязанности без привлечения членов Клубного Дома к работе.

10. Сотрудники Клубного Дома выполняют универсальную роль, каждый из них участвует в осуществлении программы трудоустройства, в жилищной программе, досуговых мероприятиях в вечернее время и в выходные дни, а также выполняют обязанности в отделах Клубного Дома. Персонал Клубного Дома не совмещает работу в Клубном Доме с другой работой на полный рабочий день.

11. Ответственность за работу Клубного Дома лежит на членах Клубного Дома и его сотрудниках, а окончательная ответственность – на директоре Клубного Дома. Ключевым элементом этой ответственности является вовлечение

членов и сотрудников Клубного Дома во все аспекты его деятельности.

Помещение Клубного Дома

12. Клубный Дом имеет свое собственное название, почтовый адрес и номер телефона.

13. Клубный Дом имеет свое помещение. Он отделен от медицинских центров и других учреждений и в нем не осуществляются никакие другие программы (психотерапевтические и т.д.). Помещение Клубного Дома должно быть удобно для организации упорядоченного рабочего дня, и в то же время оно должно быть привлекательным, подходящим по размеру и внушать чувство уважения и достоинства.

14. Все пространство Клубного Дома доступно для всех членов Клубного Дома и сотрудников. Нет помещений, предназначенных только для сотрудников или только для членов Клубного Дома.

Упорядоченный рабочий день

15. В упорядоченном рабочем дне заняты члены Клубного Дома и сотрудники, которые вместе, бок о бок, работают и осуществляют всю деятельность в Клубном Доме. Программа «Клубный Дом» опирается на сильные стороны, таланты и способности своих членов; следовательно, в Клубном Доме не могут быть организованы и проводиться какие-либо специальные лечебные или психотерапевтические программы.

16. Работа, выполняемая в Клубном Доме, – это работа, которая возникает исключительно в самом Клубном Доме в связи с его деятельностью и направлена на усиление сообщества Клубного Дома. Не производится никакая работа для посторонних лиц или агентств, вне зависимости от того, оплачивается она или нет.

Деятельность, выполняемая членами в Клубном Доме, не оплачивается. Также не может быть никаких косвенных вознаграждений.

17. Клубный Дом открыт, по крайней мере, пять дней в неделю. Продолжительность упорядоченного рабочего дня соответствует продолжительности обычного рабочего дня, а часы начала и окончания работы соответствуют таковым в обычной организации.

18. Структурно Клубный Дом состоит из одного или более рабочих отделов, каждый из которых имеет достаточное количество сотрудников и членов, а также достаточный объем осмысленной работы для того, чтобы поддерживать полноценный и эффективный упорядоченный рабочий день. Собрания в отделах проводятся для того, чтобы помочь установить взаимоотношения, а также организовать и спланировать работу в течение дня.

19. Вся работа в Клубном Доме организована для того, чтобы помочь участникам программы восстановить ощущение собственной значимости, вернуть им целеустремленность и уверенность; эта работа не должна быть профессиональным тренингом с целью овладения какой-либо профессией.

20. Члены Клубного Дома имеют возможность участвовать во всех видах деятельности Клубного Дома, включая администрирование, ведение статистики, прием и ориентацию новых членов, поддержание связи с отсутствующими, найм и обучение сотрудников, а также оценку их работы, связи с общественностью, информационно-консультативную поддержку и оценку эффективности работы Клубного Дома.

Трудоустройство

21. Клубный Дом дает возможность своим членам вернуться к оплачиваемой работе через промежуточные рабочие места, рабочие места с поддержкой и независимые рабочие места; т. е. Клубный Дом не создает рабочие места для участников программы в рамках надомной работы либо путем создания каких-либо предприятий или мастерских при Клубном Доме.

Промежуточные рабочие места

22. Клубный Дом предлагает свою собственную программу промежуточных рабочих мест, которая обеспечивает членам Клубного Дома право получить работу на реальных рабочих местах в бизнес-фирмах или на производстве. Определяющей чертой этой программы является то, что Клубный Дом гарантирует подмену членов Клубного Дома, работающих на промежуточных рабочих местах, в случае их отсутствия. Кроме того, программа промежуточных рабочих мест, отвечает следующим основным критериям:

а) Желание работать является единственным наиболее важным фактором, определяющим возможность получить промежуточное рабочее место.

б) Член Клубного Дома имеет возможность получить промежуточное рабочее место независимо от того, была ли его работа на предыдущем промежуточном рабочем месте удачной или нет.

в) Промежуточное рабочее место члена Клубного Дома находится непосредственно в организации работодателя.

г) Работа члена Клубного Дома оплачивается непосредственно работодателем по обычным расценкам, принятым за эту работу, или, по крайней мере, по минимальным расценкам.

д) Промежуточные рабочие места охватывают широкий спектр видов работ.

е) Работа на промежуточном рабочем месте – это работа на основе неполного рабочего дня (в среднем от 15 до 20 часов в неделю), продолжительность работы на каждом промежуточном рабочем месте ограничена 6-9 месяцами.

ж) Ответственность за отбор и обучение участников программы промежуточных рабочих мест несет Клубный Дом, а не работодатель.

з) Члены и сотрудники Клубного Дома готовят отчеты по работе на промежуточных рабочих местах для соответствующих агентств, выплачивающих пособия членам Клубного Дома.

и) Промежуточные рабочие места управляются членами и сотрудниками Клубного Дома, а не какими-либо специалистами в сфере трудоустройства.

к) Внутри самого Клубного Дома нет никаких промежуточных рабочих мест. Если Клубный Дом имеет агентство, которое осуществляет его патронаж, то в этом агентстве могут быть созданы промежуточные рабочие места для членов Клубного Дома, однако они должны располагаться вне Клубного Дома и удовлетворять всем вышеупомянутым критериям.

Независимые рабочие места

23. Клубный Дом предлагает свою программу трудоустройства с поддержкой и независимого трудоустройства для того, чтобы помочь своим членам в их стремлении получить

независимое рабочее место, удержаться на нём и впоследствии получить лучшее место. Определяющей чертой программы трудоустройства с поддержкой является то, что Клубный Дом поддерживает взаимоотношения с работающим членом Клубного Дома и его работодателем. Члены и сотрудники Клубного Дома определяют, какой должна быть необходимая поддержка, где и как часто она должна оказываться.

24. Для членов Клубного Дома, работающих на независимых рабочих местах, остаются доступными все виды поддержки, оказываемые Клубным Домом, и все предоставляемые им возможности, включая помощь в получении льгот, в обеспечении жильем, в медицинских, правовых, финансовых и личных вопросах, равно как и участие в досуговых программах по вечерам и в выходные дни.

Образование

25. Клубный Дом поддерживает своих членов достичь своих образовательных или профессиональных целей, помогая воспользоваться образовательными возможностями для взрослых, имеющимися в обществе. Когда Клубный Дом предлагает образовательную программу внутри Клубного Дома, он в большой степени вовлекает самих членов Клубного Дома в обучение и преподавание, используя для этой цели имеющиеся у членов Клубного Дома навыки преподавания.

Функции Клубного Дома

26. Клубный Дом и промежуточные рабочие места должны располагаться в таких местах, до которых можно легко добраться общественным транспортом. Клубный Дом обеспечивает или организует приемлемые альтернативы в том случае, если доступность общественного транспорта ограничена.

27. Поддержка членам Клубного Дома оказывается самими членами клубдомовского сообщества и сотрудниками. Она осуществляется в рамках отделов Клубного Дома и включает помощь в получении льгот, жилищную программу, защиту интересов и информационно-консультативную поддержку, продвижение здорового образа жизни, а также помощь в обеспечении качественной медицинской, психологической, фармакологической помощью, помощь в преодолении алкогольной, наркотической и других зависимостей.

28. Клубный Дом направляет свою деятельность на обеспечение широкого выбора безопасного, приличного и доступного (по ценам) жилья для всех своих членов. Клубный Дом имеет доступ к жилищным возможностям, которые отвечают этим критериям, или, при отсутствии таких возможностей, развивает свою собственную жилищную программу. Она должна удовлетворять следующим положениям:

а) члены Клубного Дома и сотрудники совместно управляют программой (осуществляют ее менеджмент);

б) члены Клубного Дома пользуются жильем, предоставленным Клубным Домом, по своему выбору и желанию;

в) члены Клубного Дома сами выбирают местоположение своего жилища и соседей по комнате;

г) политика и процедуры, разрабатываемые в рамках жилищной программы, соответствуют всей остальной культуре Клубного Дома;

д) в зависимости от изменения потребностей члена Клубного Дома, ему оказывается более или менее существенная поддержка;

е) члены Клубного Дома и его сотрудники активно стремятся помочь другим членам Клубного Дома сохранить их жилье, особенно в периоды госпитализации.

29. Клубный Дом регулярно проводит объективную оценку своей эффективности.

30. Директор, персонал, члены Клубного Дома и другие, имеющие к нему отношение, лица участвуют в трехнедельной тренинговой программе, обучающей модели «Клубный Дом», на сертифицированной тренинговой базе.

31. Клубный Дом имеет досуговые программы по вечерам и в выходные дни. Праздники отмечаются непосредственно в те дни, на которые они выпадают по календарю.

Финансирование, управление и администрирование

32. Клубный Дом имеет независимый Совет Директоров или, если он является филиалом спонсирующего агентства, — отдельный Наблюдательный Совет, в состав которого входят люди с особым положением в обществе, позволяющим им обеспечивать финансовую, юридическую, законодательную и общественную поддержку и защиту Клубного Дома, поддержку в сфере трудоустройства.

33. Клубный Дом развивает и поддерживает свой собственный бюджет, который одобряется Советом Директоров или Наблюдательным Советом в начале финансового года и затем постоянно контролируется ими в течение всего финансового года.

34. Заработная плата персонала Клубного Дома сопоставима с заработной платой в учреждениях, работающих в сфере психического здоровья.

35. Клубный Дом имеет поддержку соответствующих органов в сфере психического здоровья, а также все необходимые свидетельства и сертификаты. Клубный Дом сотрудничает с людьми и организациями, которые могут повысить эффективность его деятельности и признание со стороны общества.

36. Клубный Дом проводит открытые общие собрания и разрабатывает процедуры, позволяющие членам Клубного Дома активно участвовать в процессе принятия решений, главным образом, путем консенсуса, относительно управления Клубным Домом, выработке стратегии и направлений его дальнейшего развития.

Приложение Е

Примерная должностная инструкция заведующего Клубным домом

1. Общие положения.

1.1. Заведующий Клубным домом относится к категории руководителей и непосредственно подчиняется директору Территориального центра социального обслуживания населения.

1.2. На должность заведующего Клубным домом принимается специалист, имеющий высшее социальное или психологическое образование и стаж работы не менее 3 лет.

1.3. Заведующий Клубным домом принимается и увольняется с работы приказом директора Территориального центра социального обслуживания населения.

1.4. Заведующий Клубным домом должен знать:

- ✓ нормативно-правовые акты Республики Беларусь, касающиеся вопросов социальной защиты и реабилитации людей с психическими заболеваниями;

- ✓ Международный свод этических принципов социальной работы и Международные стандарты Клубных домов;

- ✓ отечественный и зарубежный опыт социальной реабилитации людей с психическими заболеваниями;

- ✓ основы психологии личности, медицинской психологии и методы и технологии социальной работы с людьми с психическими заболеваниями;

- ✓ правила и нормы охраны труда – техники безопасности, производственной санитарии, противопожарной охраны;

правила внутреннего трудового распорядка.

1.5. Во время отсутствия заведующего Клубным домом его обязанности выполняет заместитель, назначаемый в установленном порядке, несущий полную ответственность за их надлежащее исполнение.

2. Функции.

2.1. Организация работы в соответствии с Международными стандартами Клубных домов.

2.2. Обеспечение соблюдения принципа уважения личности и достоинства членов Клубного дома.

2.3. Организация реабилитационной среды, способствующей повышению самостоятельности и инициативности членов Клубного дома, преодолению рентных установок.

2.4. Расширение членского состава Клубного дома.

2.5. Развитие кадрового потенциала и ресурсной базы Клубного дома.

2.6. Работа с общественностью.

2.7. Развитие отношений с социальными партнерами Клубного дома

2.8. Мониторинг деятельности Клубного дома.

3. Должностные обязанности.

3.1. Осуществляет общее руководство работой Клубного дома, подбор и обучение сотрудников, обеспечивает надлежащие условия труда работников.

3.2. Разрабатывает должностные инструкции сотрудников, бланки и документацию, необходимую для обеспечения рабочих процессов Клубного дома.

3.3. Обеспечивает обустройство помещения Клубного дома в соответствии с требованиями и комфорта.

3.4. Ведет прием новых членов Клубного дома.

3.5. Обеспечивает и контролирует организацию упорядоченного рабочего дня для членов Клубного дома.

3.6. Содействует развитию Программы трудоустройства членов Клубного дома – находит партнеров среди государственных и коммерческих предприятий, частных предпринимателей для создания промежуточных и защищенных рабочих мест.

3.7. Обеспечивает равное участие всех членов Клубного дома не зависимо от характера и степени тяжести заболевания во всех аспектах деятельности Клубного дома.

3.8. Содействует формированию уважительного отношения друг к другу в сообществе Клубного дома.

3.9. Привлекает членов Клубного дома к принятию решений относительно разнообразных вопросов деятельности Клубного дома.

3.10. Делегирует, по возможности, свои обязанности членам Клубного дома, обучает им, помогает их исполнять.

3.11. Поощряет инициативы членов Клубного дома, содействует их реализации.

3.12. Участвует во всех аспектах деятельности Клубного дома наравне с сотрудниками и членами (работа в кухонной и офисной группах, организация и проведение мероприятий и другое).

3.13. Разрабатывает, поддерживает в актуальном состоянии и распространяет информационные буклеты Клубного дома.

3.14. Проводит презентации деятельности Клубного дома для пациентов психиатрических стационаров, специалистов психиатрического и социального профиля.

3.15. Размещает информацию о деятельности Клубного дома в средствах массовой информации.

3.16. Развивает профессиональные контакты со специалистами системы социальной защиты и здравоохранения, занимающимися вопросами социально-психологической и трудовой реабилитации целевой группы Клубного дома, гуманистической философии и этики.

3.17. Ведет поиск спонсоров для укрепления материальной базы и реализации реабилитационных программ Клубного дома, развивает отношения с местными спонсорами, зарубежными фондами и международными организациями.

3.18. Привлекает волонтеров к работе Клубного дома, поощряет формирование групп взаимопомощи родственников и других социальных инициатив, действующих в интересах людей с психическими заболеваниями.

3.19. Организует мероприятия с целью формирования позитивного отношения к людям с психическими заболеваниями и привлечения внимания общественности к вопросам психического здоровья.

3.20. Размещает информацию о философии и деятельности Клубного дома в средствах массовой информации.

3.21. Содействует развитию отношений стратегического партнерства с профильными государственными и негосударственными организациями для реализации совместных мероприятий и формирования единого социального пространства в интересах людей с психическими заболеваниями.

3.22. Осуществляет взаимодействие с другими Клубными домами на национальном и международном уровнях.

3.23. Изучает систему мониторинга Международного центра развития Клубных домов и разрабатывает инструментарий для накопления и систематизации данных о деятельности своего КД с целью дальнейшей оценки эффективности работы Клубного дома по таким параметрам, как субъективная оценка качества жизни членов, посещаемость, экономическая эффективность и т.д.

3.24. Проводит исследования качества работы Клубного дома с использованием психологических методик и методом анкетирования.

3.25. Регулярно консультируется у более опытных руководителей Клубных домов, специалистов сферы психиатрии и социальной работы по вопросам, касающимся деятельности Клубного дома, взаимодействия с членами и организации реабилитационного процесса.

3.26. Создает условия и проводит мероприятия, направленные на профилактику эмоционального выгорания и профессиональной деформации сотрудников Клубного дома.

4. Права работника.

4.1. На все предусмотренные законодательством социальные и трудовые гарантии.

4.2. Вносить предложения по совершенствованию работы Клубного дома вышестоящему руководству.

4.3. Отдавать распоряжения, обязательные для исполнения работниками Клубного дома.

4.4. Вносить предложения руководству учреждения по поощрению и наложению взысканий на работников Клубного дома.

4.5. Принимать участие в конференциях и совещаниях по профилю деятельности КД.

4.6. Требовать от вышестоящего руководства оказания содействия для эффективного исполнения своих профессиональных обязанностей по защите прав членов КД.

4.7. Знакомиться с проектами решений вышестоящего руководства, касающимися деятельности КД.

4.8. Запрашивать документы, материалы, инструменты и т.п., необходимые для выполнения своих должностных обязанностей.

4.9. Другие права, предусмотренные трудовым законодательством.

5. Ответственность.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, – в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Республики Беларусь.

5.2. За причинение материального ущерба работодателю – в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Республики Беларусь.

5.3. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, - в пределах, определенных действующим административным, уголовным, гражданским законодательством Республики Беларусь.

С должностной инструкцией, Международным сводом этических принципов социальной работы и Международными стандартами Клубных домов ознакомлен.

ФИО

Подпись

Дата

Примерная должностная инструкция специалисту по социальной работе в Клубном доме

1. Общие положения.

1.1. Специалист по социальной работе относится к категории специалистов, принимается на работу и увольняется с работы приказом руководителя учреждения.

1.2. На должность специалиста по социальной работе назначается специалист, имеющий высшее или среднее специальное образование по социальному, педагогическому, психологическому профилям без предъявления требований к стажу работы.

1.3. Специалист по социальной работе подчиняется заведующему Клубным домом.

1.4. Специалист по социальной работе должен знать:

- нормативно-правовые акты Республики Беларусь, касающиеся вопросов социальной защиты и реабилитации людей с психическими заболеваниями;
- Международный свод этических принципов социальной работы и Международные стандарты Клубных домов;
- отечественный и зарубежный опыт социальной реабилитации людей с психическими заболеваниями;
- основы психологии личности, медицинской психологии и методы и технологии социальной работы с людьми с психическими заболеваниями;
- правила и нормы охраны труда – техники безопасности, производственной санитарии, противопожарной охраны;
- правила внутреннего трудового распорядка.

1.5. Во время отсутствия специалиста по социальной работе его обязанности выполняет в установленном порядке назначаемый заместитель, несущий полную ответственность за их надлежащее исполнение.

2. Функции.

2.1. Организация упорядоченного рабочего дня в Клубном доме в соответствии с Международными стандартами Клубных домов.

2.2. Привлечение членов Клубного дома к участию во всех сферах деятельности Клубного дома.

2.3 Организация образовательных курсов, клубов, мастер-классов в соответствии с интересами и потребностями членов Клубного дома.

2.4. Организация досуговых мероприятий.

2.5. Социальный и психологический патронаж членов Клубного дома.

2.6. Социально-психологическая и правовая поддержка членов Клубного дома, работающих по Программе трудоустройства членов Клубного дома.

2.7. Содействие формированию рабочей, дружелюбной атмосферы в Клубном доме.

2.8. Организация и сопровождение работы волонтеров в Клубном доме.

3. Должностные обязанности.

3.1. Организует рабочие собрания членов Клубного дома в офисной и кухонной группах.

3.2. Поощряет самоорганизацию и самоуправление членов Клубного дома.

3.3. Привлекает членов к выполнению работы в Клубном доме, обучает и помогает при необходимости.

3.4. Совместно с членами Клубного дома составляет расписание работы Клубного дома на неделю, содействует его исполнению.

3.5. Организует еженедельные обсуждения Международных стандартов Клубных домов.

3.6. Совместно с членами и волонтерами Клубного дома организует выпуск информационного вестника/журнала Клубного дома.

3.7. Делегирует, по возможности, свои обязанности членам Клубного дома.

3.8. Участвует во всех аспектах деятельности Клубного дома наравне с членами Клубного дома.

3.9. Организует ориентацию новых членов Клубного дома, оказывает им психологическую поддержку.

3.10. Выявляет потребности и интересы членов Клубного дома для организации образовательных курсов, клубов, мастер-классов.

3.11. Планирует, разрабатывает и проводит досуговые мероприятия.

3.12. Привлекает членов Клубного дома к участию во всех этапах проведения досуговых мероприятий.

3.13. Распространяет приглашения членам Клубного дома на мероприятия, проводимые в Клубном доме.

3.14. Оказывает психологическую поддержку членам Клубного дома в вопросах, касающихся пребывания в Клубном доме и взаимоотношений с другими членами.

3.15. Содействует мирному разрешению конфликтов, возникающих между членами Клубного дома.

3.16. Организует выявление членов, долгое время не посещающих Клубный дом.

3.17. Обеспечивает работу Службы внешних связей Клубного дома.

3.18. Поддерживает связь и организует визиты к членам Клубного дома, находящимся на стационарном лечении.

3.19. Организует работу, оказывает методическую и психологическую помощь волонтерам, работающим в Клубном доме.

3.20. Содействует решению трудных жизненных ситуаций у членов Клубного дома, путем информационно-консультативной и административной помощи.

4. Права работника.

4.1. На все предусмотренные законодательством социальные и трудовые гарантии.

4.2. Вносить предложения по совершенствованию работы Клубного дома вышестоящему руководству.

4.3. Принимать участие в конференциях и совещаниях по профилю деятельности КД.

4.4. Требовать от вышестоящего руководства оказания содействия для эффективного исполнения своих профессиональных обязанностей по защите прав членов КД.

4.5. Знакомиться с проектами решений вышестоящего руководства, касающимися деятельности КД.

4.6. Запрашивать документы, материалы, инструменты и т.п., необходимые для выполнения своих должностных обязанностей.

4.7. Другие права, предусмотренные трудовым законодательством.

5. Ответственность.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных

настоящей должностной инструкцией, – в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Республики Беларусь.

5.2. За причинение материального ущерба работодателю – в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Республики Беларусь.

5.3. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, – в пределах, определенных действующим административным, уголовным, гражданским законодательством Республики Беларусь.

С должностной инструкцией, Международным сводом этических принципов социальной работы и Международными стандартами Клубных домов ознакомлен.

ФИО

Подпись

Дата

Приложение F



Минский Клубный дом «Открытая душа»

Анкета члена Клубного дома

1. Ф. И. О. _____
2. Дата рождения _____
3. Семейное положение _____
4. Место жительства (адрес с индексом) _____
5. Номер мобильного телефона _____, домашнего телефона _____, номер телефона близкого родственника _____
6. Интересы и увлечения _____
7. Какие курсы хотели бы посещать в Клубном доме:
 - Иностранный язык.
 - Компьютерные курсы.
 - Другое _____.
8. Где Вы получили информацию о Минском Клубном доме? _____

_____ /
дата

_____ /
подпись

_____ /
ФИО



Минский Клубный дом «Открытая душа»

**Трудовой маршрут члена
Клубного дома «Открытая душа»**

1. Ф.И.О. _____
2. Возраст _____
3. Код заболевания _____ или диагноз _____
4. Год постановки диагноза _____
5. Группа инвалидности _____
1. нет
2. I группа
3. II группа
4. III группа
6. Год получения группы инвалидности _____
7. Трудовые рекомендации _____
1. Нет
2. _____
- _____
8. Стоите ли на учете в диспансере?
1. Да
2. Нет
9. Участковый врач в диспансере _____
10. Образование _____
1. Общее _____
2. Профессионально-техническое _____
- (профессия)
- Учреждение образования _____
3. Среднее специальное _____
- (специальность)
- Учреждение образования _____
4. Высшее _____
- (специальность)
- Учреждение образования _____

11. Опыт работы:

№	Организация	Должность	Период работы	Причина увольнения
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

12. Какая работа интересует (специальность, график работы – реальные пожелания, исходя из текущей ситуации)?

_____ / _____

дата подпись ФИО

Кухонная группа
Ежедневный бланк

Дата _____

Работа по кухне:		ФИО		Отметка о выпол- нении
		Завтрак	Обед	
Первое собрание 9.15 – 9.30				
1	Заполнить список на завтрак/обед, внести количество человек в журнал			
2	Записать, какие и сколько продуктов использовалось, их стоимость			
3	Завтрак / Обед:			
	а. Приготовить заварку;			
	б. Сервировать стол (постелить скатерть, разложить подстилки, поставить салфетницы);			
	с. Разложить порции			
4	Помыть посуду			
5	Протереть посуду			
6	Убрать со стола (протереть и сложить подстилки, скатерть)			
Второе собрание				
1	Наполнить фильтр			
2	Наполнить отфильтрованной водой кувшин в офисе			
3	Разложить салфетки по салфетницам (9 салфеток в каждой салфетнице)			
4	Помыть раковину на кухне и в туалетной комнате со средством			
5	Вынести мусор, застелить урну			
6	Подмести пол			
7	Помыть пол			

Работы распределил(а) _____



Минский Клубный дом «Открытая душа»

Подготовка мероприятия (праздник, вечеринка)

Мероприятие _____ Дата _____
(название)

Этапы подготовки	Ответственный	Срок выполнения
Определить дату и время проведения мероприятия		
Подготовить сценарий, план мероприятия		
Пригласить гостей		
Информировать членов КД о мероприятии		
Украсить помещение		
Составить меню		
Купить продукты		
Подготовить открытки		
Разослать открытки		
Сделать фото мероприятия		

(подпись)

(фамилия)

Приложение G

Опросник NAIF

Дата _____ Опрашиваемый _____

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, выбирая на каждый вопрос одно из семи мнений. «Да, очень» означает, что Вы совершенно согласны с содержанием утверждения. «Со-всем нет» означает, что Вы совершенно не согласны с содержанием утверждения. Остальные мнения промежуточные.

Здесь не может быть правильных или неправильных ответов, каждый ответ отражает только Ваше настоящее состояние. Пожалуйста, не пропускайте ни одного вопроса. Постарайтесь передать особенности Вашего состояния.

№	Утверждение	Да, очень						Сов- сем нет
1	У меня отдышка при физическом напряжении							
2	Я ощущаю нехватку энергии в течение дня							
3	Я трачу много времени на занятия моими хобби							
4	При выполнении повседневных нагрузок мое состояние здоровья ухудшается							
5	Мое состояние здоровья мешает моему стремлению приобрести прибыльную работу							
6	Я легко подхватываю инициативу.							
7	Я напряжен (а)							
8	Я чувствую, что некому заботиться обо мне							
11	Я ощущаю подавленное настроение и депрессию							
12	Я легко раздражаюсь							
13	Я активно занимаюсь спортом							
14	Мое состояние здоровья препятствует нормальному проведению отпуска							

№	Утверждение	Да, очень						Сов- сем нет
15	Я регулярно встречаюсь с друзьями и членами семьи							
16	Я часто бываю дома один (одна)							
17	Я люблю завязывать новые социальные контакты							
18	Я часто хожу в кино, театр, на спортивные мероприятия							
19	Я думаю, что моя память функционирует нормально							
20	Я могу быстро принимать решения							
21	Мое состояние здоровья приводит к финансовым проблемам							
22	Я очень быстро схватываю то, что мне говорят							
23	Я заметил (а) в последнее время ухудшение моих интеллектуальных возможностей							
24	Обычно я могу хорошо концентрироваться							

**Адреса организаций, оказывающих
помощь людям с психическими заболеваниями**

Медицинские организации:

1. ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Долгиновский тракт, 152, телефон/факс: +375 (17) 289-80-48, справочная, тел: +375 (17) 289-80-46, приемное отделение, тел: +375 (17) 289-87-32.

2. УЗ «Городской психоневрологический диспансер», г. Минск, ул. Бехтерева, 5, тел. +375 (17) 295-34-92, тел. справочная +375 (17) 295-45-98.

3. Центр пограничных состояний, г. Минск, ул. Менделеева, 4, тел.: +375 (17) 235-61-74, факс: +375 (17) 299-03-66.

4. УЗ «Минский областной клинический центр “Психиатрия-наркология”», г. Минск, ул. Петруся Бровки, 7, тел.: +375 (17) 331-84-96, факс: +375 (17) 251-41-70.

5. УЗ «Городской клинический наркологический диспансер г. Минска», г. Минск, ул. Гастелло, 16, тел.: +375 (17) 237-37-01, факс: +375 (17) 203-05-54.

6. УЗ «Городской клинический детский психоневрологический диспансер», г. Минск, ул. Янки Лучины, 6, тел.: +375 (17) 328-88-71, 328-88-72, факс: +375 (17) 328-88-72.

7. УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер», г. Брест, ул. Советская, 13, тел: + 375 (162) 23-90-33, 21-84-22.

8. УЗ «Витебский областной психоневрологический диспансер», г. Витебск, ул. Гагарина, 10а, тел.: +375 (212) 43-23-16, 43-22-93, 24-98-91.

9. УЗ «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», г. Гомель, ул. Добрушская, 1, тел.: +375 (232) 35-68-85, 35-68-84.

10. УЗ «Гродненский областной клинический центр “Психиатрия-Наркология”», г. Гродно, проспект Космонавтов, 60/6, тел: +375 (152) 75-12-21, 75-67-60.

11. Служба экстренной психологической помощи – «телефон доверия», тел. в Минске +375 (17) 296-11-11.

Общественные организации:

1. Бюро социальной информации ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» – *информационно-справочная служба.*

Электронная почта minsk@belbsi.by и сайт belbsi.by.

2. Международное общественное объединение «Голос сердца». *Занимается оказанием всесторонней поддержки людям с ограниченными интеллектуальными и психофизическими способностями, особенно тем, кто проживает в психоневрологических интернатах страны.*

Минск, ул. Железнодорожная, 27/2, офис 222. Тел./факс: +375 (17) 328-90-85.

3. Минский Клубный дом «Открытая душа». *Социально-психологическая реабилитация людей с психическими заболеваниями.*

Минск, ул. Одинцова, 85. Тел. 8 025 799-88-24.

4. Общественное объединение «Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам» (ОО «БелАПДИиМИ»). *Общественная организация, объединяющая на добровольной основе более 3500 семей, в которых живут дети и молодые люди с особенностями психофизического развития.*

Минск, ул. Д. Сердича, 9. Тел./факс (017) 255-63-88, 256-73-90.

5. Общественное объединение помощи душевнобольным «Миноди» им. В. Бычкова. *Группы самопомощи для людей с психическими заболеваниями и их родственников.*

Минск, Долгиновский тракт, 152, ГУ «РНПЦ психического здоровья». Тел. 289-80-81.

Приход храма иконы Божией Матери “Всех скорбящих Радость”. *Мастерские для людей с умственными и физическими наращениями здоровья.*

Минск, ул. Притыцкого, 65. Тел. 253-15-49.

Полезная литература и Интернет-страницы

1. Актуальные вопросы социально-трудовой реабилитации душевнобольных людей: Информационное пособие / Минск: Общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников», 2007. – 156 с.

2. Архипова, Е.Л. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях / Архипова, Е.Л., Сальникова, Л.И., Сторожакова, Я.А. // «Социальная и клиническая психиатрия». – №1. – 2002 г. – (страницы статьи; напр. с. 8–38.)

3. Брайзер, Д. Психиатрия для начинающих / пер. с англ. – Мн.: Попури, 1998. – 192 с.

4. Васильева, Л.П. Профессиональная реабилитация: профориентация и отбор на профессиональное обучение лиц с ограниченными возможностями / Л.П. Васильева, К.Э. Зборовский. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2012. – 124 с.

5. Вулис, Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью: Руководство для членов семей, друзей и социальных работников. – М.: Нолидж, 1998. – 192 с.

6. Гурович, И.Я., Шмуклер А.Б. Социальная работа в психиатрических учреждениях. Учебно-методическое пособие. М. – 1995 г.

7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое познание, новая надежда. ВОЗ, 2001 г.

8. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех. – 2-е изд. – Мн.: Беларусь, 2008. – 478 с.

9. Жизнь человека: обретая уверенность...: Информационное пособие для людей с нарушением психического здоровья, их родственников и специалистов / Минск: Общественное объединение помощи душевнобольным «Миноди» имени В.Бычкова, 2012. – 98 с.

10. Зборовский, К.Э. Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации инвалидов: Учебно-методическое пособие / Минск: Общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников», 2008. – 156 с.

11. Кабанов, М.М. «Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия» / М. М. Кабанов. СПб, – 1998 г. – с. 400 с.

12. Картер, Р. Помогая людям, страдающим психическим заболеванием / пер. с англ. – Киев, 1996. – 128 с.

13. Климович, А.С. Реабилитация психически больных и основа профилактики инвалидности / А.С. Климович // Реабилитация психически больных и основа профилактики инвалидности. – Мн. – 1996г. – 380 с.

14. Кьюперс, Л., Лефф Дж., Лэм Д. Шизофрения. Работа с семьями: Практ. руководство / Пер. с англ. – Амстердам – Киев, 1996. – 128 с.

15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – К. Факт, 1999. – 272 с.

16. От мифов к реальности: освещение темы психического здоровья в средствах массовой информации / Производственно-практическое издание в помощь журналистам. – Вильнюс, 2012. – 73 с.

17. Печюлис, С. Десять секретов успешной жизни для людей, имеющих проблемы психического здоровья. – Вильнюс, 2002. – 112 с.

18. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера. – М.: Медпрактика, 2002. – 180 с.

19. Представление собственных интересов / Руководство для людей с нарушениями психического здоровья или интеллектуального развития, для их родственников и представляющих их интересы сообществ. – Вильнюс, 2011. – 72 с.

20. Реабилитация больных шизофренией в рамках модели «клубный дом», Доненко, И.Е. // Социальная и клиническая психиатрия. – №1 – 2000г.

21. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей / пер. с англ. – СПб.: Питер Пресс, 1996. – 448 с.

22. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.А. Тихоненко – М.: право и Закон, 1996. – 192 с.

23. www.basw-ngo.by – ОО «Белорусская ассоциация социальных работников».

24. www.belbsi.by – Бюро социальной информации ОО «БАСР».

25. www.rkpb.by – ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

26. <http://gpnd.by/> – УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска.

27. www.modo-novum.ru – Портал для родственников душевнобольных людей.

28. www.wpanet.org – World Psychiatric Association / Всемирная психиатрическая ассоциация.

29. www.wfmh.org – World Federation for Mental Health / Всемирная организация психического здоровья.

30. www.ismho.org – International Society for Mental Health Online / Международное общество психического здоровья онлайн.

31. www.nami.org – National Alliance on Mental Illness / Национальный альянс по вопросам психических болезней.

32. www.gip-global.org – Global Initiative on Psychiatry / Глобальная инициатива в психиатрии.



Общественная организация
“Белорусская ассоциация социальных работников”
www.basw-ngo.by, www.belbsi.by

Общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников» (ОО «БАСР») имеет республиканский статус и объединяет на добровольной основе профессиональных социальных работников, преподавателей профильных ВУЗов и представителей общественных организаций, оказывающих социальные услуги населению. 16 января 1996 года организация зарегистрирована в Министерстве юстиции Республики Беларусь.

Цель БАСР – консолидация усилий, направленных на развитие профессиональной социальной работы, повышение качества и расширение спектра социальных услуг для различных категорий населения.

Предметом деятельности БАСР является поддержка профессиональной деятельности социальных работников как государственных, так и негосударственных организаций, удовлетворение потребностей в получении информации, повышении квалификации, развитии профессиональных контактов для создания новых социальных служб и реализации эффективных социальных программ.

Целевые группы

- социальные работники
- отдельные группы населения по профилю проекта

Базовые ценности – этические и профессиональные стандарты социальной работы

Членство в международных организациях:

- с 1996 года – член Международной Федерации Социальных Работников, IFSW;

- с 1999 года – член Европейской Федерации Национальных Ассоциаций, Работающих с Бездомными, FEANTSA.

ПРОГРАММЫ ОО «БАСР»

Социальный работник

- Еженедельный электронный бюллетень для социальных организаций
- Электронная библиотека для социальных работников
- Информационная система и сайт «Бюро социальной информации» www.belbsi.by
- Белорусский журнал «Социальная работа»
- Школа социального работника
- Ярмарки социальных проектов
- Сайт ОО БАСР www.basw-ngo.by

Бюро Социальной Информации

Инкубатор социальных проектов

- Устойчивое развитие местных сообществ
- Новые технологии социальной работы с отдельными группами населения:
 - Пожилые люди
 - Люди с проблемами психического здоровья
 - Жертвы домашнего и сексуального насилия
 - Жертвы траффинга
 - Бездомные

Информационное пособие

**КЛУБНЫЙ ДОМ – МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Редактор Х.Х. XXXXXXXX
Корректор Х.Х. XXXXXXXX
Художественное оформление обложки Х.Х. XXXXXX

Подписано в печать XX.XX.2013.
Усл. печ. л. XX,XX. Уч.-изд. л. XX,XX.
Тираж XXX экз. Заказ XXXX.

Издатель ИП Логвинов И. П.
ЛИ № 02330/0494468 от 08.04.2009.
Пр. Независимости, 19-5, 220050, г. Минск.

Отпечатано на копировально-множительной
технике ИП Логвинова