

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

ФАКУЛТЕТ ПО ПЕДАГОГИКА

Книга Социални дейности

Том 112

ANNUAL OF SOFIA UNIVERSITY “ST. KLIMENT OHRIDSKI”

FACULTY OF EDUCATION

Social work

Volume 112

ДИСКРИМИНАЦИЯ, СТИГМА И ПРЕВЕНЦИЯ НА СОЦИАЛНОТО ИЗКЛЮЧВАНЕ ПРИ ЛИЦА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА¹

СИМЕОН ИВАНОВ САПУНДЖИЕВ*

Резюме. Студията е посветена на лицата с психични разстройства и проблемите, свързани с дискриминацията и стигматизирането им. Обръща се внимание на социалното включване и социалното изключване, както и на основните видове дискриминация, стигма и модели на стигматизиране. Разгледани са връзките между стигма и дискриминация, стигма и запрещение, стигма и трудова заетост, стигма и професионалистите в психичноздравната сфера. Развенчани са митове за лицата с психични разстройства. Накрая са изведени препоръки за преодоляване на стигмата и дискриминацията и насърчаване на социалното включване.

Ключови думи: лица с психични разстройства, дискриминация, стигма, модели на стигматизиране, автостигма, социално включване, социално изключване, запрещение, митове за лица с психични разстройства

¹ Елементи от настоящата студия са част от дисертационно изследване на тема „Превенция на социалното изключване при хора с психични разстройства“. * Имейл: simeon.i.s@abv.bg

DISCRIMINATION, STIGMA AND PREVENTION OF SOCIAL EXCLUSION IN
MENTAL DISORDERED PERSONS

Simeon Ivanov Sapundzhiev

Abstract. *The study is dedicated to people with mental disorders and the issues of discrimination and stigmatization. Attention is drawn to social inclusion and social exclusion as well as to the main types of discrimination, stigma and stigmatization patterns. The links between stigma and discrimination, stigma and civil rights, stigma and employment, stigma and the professionals in the mental health sphere are examined. Basic myths about people with mental disorders are broken. Finally, recommendations are made to overcome stigma and discrimination, and promotion of social inclusion.*

Key words: *persons with mental disorders, discrimination, stigma, models of stigmatization, social inclusion, social exclusion, self-stigma, interdict, myths of people with mental disorder.*

Въведение

Някои статистически проучвания сочат, че 8% от всички хора на света имат сериозни психични проблеми (Jonathan Kenneth Burns, 2009). Лицата с тежка психична болест (спектърът на шизофрениите, биполарно афективно разстройство и други) наброяват средно около 1% от населението на всяка една популация. У нас значителна част от тези хора нямат близки или роднини, но дори да имат, те не желаят (а понякога нямат възможност) да полагат нужните грижи или да се ангажират с тях. През 2001 г. Световната здравна организация съобщи, че най-малко 25% от цялото население е засегнато от умствени или поведенчески разстройства по време на житейския си път. Считат се, че психичните и поведенчески разстройства са над 12% от всички заболявания, които водят до инвалидност, като се очаква да се увеличат до 15% през 2020 г. (Hugo, Boshoff, Traut, Zungu-Dirwayi & Stein, 2003).

Влошеното психично здраве има значително неблагоприятно въздействие върху живота на европейските граждани. Един от четирима европейци преживява сериозни психични проблеми по време на живота си. Около 9% от европейското население страдат от депресивен епизод всяка година, докато само 2,6% годишно страдат от тежки психотични разстройства (Wittchen, H.U. and F. Jacobi, 2005: 357).

Икономическите разходи, поради влошено психично здраве, са огромни, като се оценяват на 386 милиарда евро по разходни стойности от 2004 г. (Andlin-Sobocki, P., et al., 2005: 1-27). Според мащабно проучване на John Lewis Partnership 87,8 милиарда британски лири ще са загубите за бизнеса във Великобритания до 2025 г. само вследствие на влошено психично здраве (Бизнесът губи от лошо психично здраве, 2019). Проучване на икономическите загуби в Канада, вследствие на психични разстройства, подчертава значителната тежест на психичните заболявания

аспекти на обществото, включително на работното място и за икономиката. Психичните разстройства водят до по-голям шанс за ранно напускане на учи лице, по-малка вероятност за ангажиране със заетост на пълен работен ден и значително понижаване на качеството на живот. Икономическият анализ от Канада показва, че общите икономически разходи, свързани с психични проблеми, ще се увеличат шест пъти до 2045 г., като вероятно ще надхвърлят 2,8 трилиона долара (A review of the economic impact of mental illness, 2019).

До 2030 г. в Европейския съюз се очаква преките и непреки разходи, свързани с психичните разстройства, да се удвоят, като тези изчисления не включват разходи, свързани с психични разстройства извън здравната система, като например съдебни разходи и проявленията, причинени от злоупотреба с наркотици. Между 2011 и 2030 г. кумулативната загуба на икономическа продукция, свързана с психичните разстройства, се очаква да достигне 16,3 трилиона долара в целия свят. Икономическите загуби поради психични проблеми са сравними с тези, породени от сърдечносъдови заболявания, и по-високи от тези, свързани с онкологични заболявания, хронични респираторни заболявания и диабет (Chisholm D, et al, 2016: 237-251).

Споменатите стойности включват няколко различни аспекта на публични харчове заедно със загуби и пропуснати ползи. Най-голяма част от тези разходи са направени извън системата на здравеопазването - около 80% от тях са загубите от пропуснати ползи от упражняване на трудовата заетост за временна неработоспособност поради психични проблеми (Knapp, M., 2003: 477-478). Другите последици от проявяващите се сред европейците психични проблеми са влошаване на личните взаимоотношения с близки и общността, както и по-висок от средния риск от маргинализиране, нараняване и оставане без дом (Anderson, R., R. Wynne, and D. McDaid, 2007). Освен това, както ще стане ясно по-надолу в анализа ни, единствено лицата с психични проблеми могат да бъдат насилно задържани за лечение в болница и/или да бъдат лекувани без тяхното съгласие и без възможност за избор на терапия и медицински специалисти (Dressing, H. and H.J. Salize, 2004: 797-803).

В настоящето изследване ще се вземат предвид сериозните проявления на психотичните и афективните психични разстройства, както и на всички останали психични разстройства, които водят до сериозно и трайно влошаване на социалното функциониране и междуличностните взаимодействия, на базата на което се формират стигматизиращите и дискриминиращи нагласи и действия на мнозинството. Целта на изследването е да обърне внимание на социалното включване и социалното изключване, както и на основните видове дискриминация, стигма и модели на стигматизиране при лицата с психични разстройства. Ще бъдат проучени и изведени връзките между стигма и

дискриминация, стигма и запрещение, стигма и трудова заетост, стигма и професионалистите в психичноздравната сфера. Наред с това ще бъде описана

128

ролята на клиничния социален работник и ще бъдат изготвени препоръки за преодоляване на стигмата и дискриминацията, и насърчаване на социалното включване.

Психотичните психични разстройства (преди наричани „тежки“) и афективните разстройства протичат персистиращо и хронично. Като всяко друго типично хронично заболяване те изискват поддържане на състояние на стабилен ремисия чрез стриктен прием на предписана медикаментозна терапия. Но, разбира се, отново както при повечето хронични заболявания не само лекарствата предоставят нужното за поддържане на състояние на трайна ремисия. Вече и медицинските специалисти (най-вече в лицето на психиатрите) поддържат тезата, че в процеса на възстановяване психосоциалната рехабилитация има превес по значение дори над медикаментозната терапия. За осъществяването на психосоциалната рехабилитация, обаче, се изискват не само професионална подкрепа, а и много лични усилия от страна на болния, формирани, мотивирани, организирани и подпомогнати от различни клинични специалисти - социални работници, психолози, трудотерапевти, медици и други.

Социално включване

Първоначално изследователите винаги дефинират понятието „социално изключване“. От многото автори, посветили се на темата, като основоположник на понятието „социално изключване“ се приема Рене Люноар. Той описва „състоянието на маргинални“ групи от френското общество, на които социалната система не помага, но които обществото солидарно би следвало да приобщи (по: Йоргова, М., 2011: 10).

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

изключване: „изключване от средства за съществуване, изключване от социалната система, изключване от културно потребление, изключване от политически избор и масови организации, невъзможност да се разбира случ ващото се“ (Wolf, M., 1994: S1-102). В същия дух е и описанието на социал

129

ното изключване на З. Грабушинска. Според нея то е „динамичен и много измерен процес на пълно откъсване или частично ограничаване на достъпа до различни социални, икономически, културни и политически системи (...) процес, който е възможно да възниква поради липсата на ресурси или отказ на социални права (...) процес, който не позволява на индивидите или групи те пълно участие в живота на обществото (...) многоизмерен процес, в който се свързват различни форми на изключване от гледна точка на участие при вземане на решения и в политически процеси, достъп до трудова заетост и материални ресурси, интеграция в рамките на общите културни процеси“ (по: Ивков, Б., 2005: 157-158).

Подобна е и дефиницията на други автори. Според А. Уолкър и К. Уолкър социалното изключване е „динамичен процес на пълно или частично отстраняване на човека от социалните, икономическите, политическите или културните системи, които определят социалната му интеграция в обществото“ (по: Нунев, С., 2009: 81). С. Нунев въвежда още един реципрочен на социалното

изключване термин - „социално потискане“. Това представлява „осъществяване на системен контрол, манипулиране, използване и експлоатиране на хора от подчинени групи за лични цели и интереси от страна на група, която заема в обществото силни властови позиции в политическо, икономическо, социално и културно отношение“ (пак там: 71). Социалното потискане припокрива същите сфери като социалното изключване. Т.е. самата общност има полза от това да маргинализира уязвими групи, с които впоследствие може да се злоупотребява по множество различни начини. Има безброй случаи, в които семейството и роднините, или други злонамерени близки или не лица, злоупотребяват с финансовия ресурс и имоти на свой близък с психично разстройство. В други случаи с лица с психични дефицити например се злоупотребява сексуално, чрез незаплатяване за положен от тях труд и по безброй други начини. Много рядко в подобна ситуация на експлоатация потисканите лица реагират агресивно срещу доминиращите, най-често протестът им се състои в жестока и повтаряща се автоагресия (пак там: 74). М. Barry и С. Hallet пре доставят далеч по-комплексна дефиниция на социалното изключване. Те го определят като мултидименсионално неблагоприятно положение, което отстранява индивиди и групи от основните обществени процеси и възможности в обществото, като например жилищно настаняване, трудова заетост и нормални стандарти на живот, и може да се проявява под различни форми, по различно време, в рамките на отделни части от популацията (Barry, M., C. Hallet, 1998: 1).

Според Работната група по проблемите на статистиката на бедността и

социалното изключване то е „динамичен процес, съдържащ неизгодни ситуации, които могат да доведат до определена степен на изключване, които на свой ред поражда трудности и по-дълбоко социално изключване, завърш

130

вашо с трайна, многоизмерна, неблагоприятна ситуация (депривация)“ (по: Ивков, Б., 2005: 158). И за Е. Ярская-Смирнова социалното изключване също е процес на депривация на „социалните субекти“ от „престижни, социално одобряеми ценности, съпроводен от стигматизация на индивидите или социалните групи, водещ към самоизолация и маргинализация на идентичността“ (пак там: 159). Авторката извежда на преден план връзката между социалното изключване и стигматизацията. Макар и тя да не визира конкретно единство

но хората с психични увреждания, именно понятието за стигма и процесът на стигматизация и автостигматизация се поражда от обществените отношения и представи за лицата с психични разстройства. По-нататък в настоящи труд ще бъде отделено специално внимание на дефиниране на понятието „стигма“, както и на професионалната роля на клиничния социален работник за преодоляването на последиците, породени от нея.

Изследователската ми теза е, че социалното изключване е процес, то е следствие от социалните и икономически промени, затова е многоизмерно явление, като битието на пострадалите от него е засегнато във всички житейски сфери. Тезата ми е подкрепена и от мнението на Е. Ярская-Смирнова, че социалното изключване се е превърнало в „социална патология, характеризираща се с многоизмерна депривация, с различни степени на многоплатно во напрежение, с дезинтеграция, с различни по степен и форма дефицити в участието...“ (пак там: 160-161). То се характеризира със загуба на усещане за идентичност, прекъсване на връзките с обкръжаващата среда и общността.

Социалното включване се определя най-общо като динамичен процес, „който укрепва сплотеността на обществото, респективно, като процес с обратна на социалното изключване посока“ (Йоргова, М., 2011: 23). В специализирана служба за жизнена подкрепа на немския град Марбург (Fachdienst der Lebenshilfe), например, за понятието „социалното включване“ се използва следната дефиниция: „основно човешко право на всеки индивид в обществото, основаващо се на антропологичните основи на човешките различия“ (Fachdienst der Lebenshilfe, 1995: 13).

Основната разлика между социалното изключване и социалното включване е, че второто понятие е структуриран процес, с научна обосновка и осnova за развитие на специализирани политики, или иначе казано „последователност от политически действия за осигуряване на равен достъп до ресурси, права и услуги, необходими за пълно участие в обществения живот и достойно съществуване на изпадналите в риск от бедност и социално изключване, както и за борба с всички форми на

дискриминация, водещи до изолация“ (пак там). Социалното включване се дефинира също и като „комплекс от политики“ за „защита на основните права“, предоставяне на „равни възможности“, „справяне с многобройните неблагоприятни последици и специфични нужди

131

на различните уязвими групи“, както и „укрепване на солидарността“ между членовете на обществото (пак там).

Според М. Йоргова социалното включване е процес, насочен към маргинализирани групи от обществото ни, като „деца, безработни, бедни, ниско образовани, бездомни, самотно живеещи, многодетни семейства, самотни родители, стари хора, роми, мигранти, хора с увреждания“ (Йоргова М., 2011: 24). В настоящия труд ще се акцентира върху социалното включване на най-слабо интегрираната част от лицата с увреждания, а именно хората с психични разстройства. Социалното включване винаги е носител на промяна. По-конкретно видовете промяна са в овластяване на субектите да имат правото да представят мнението си и то да има значение при тези, които трябва да го чуят

(Крофорт, С., 1999: 17). Оттук следва и промяната във вземането на решение, т.е. в социалната работа да се предоставя винаги правото на избор на клиента независимо от неговата възраст или психическо състояние, той винаги трябва да има възможността да предостави своето мнение и да избере, тъй като винаги доброто за социалния работник е добро за клиента. М. Barry и С. Hallet извеждат релативна обобщена дефиниция на социалното включване като опит за реинтеграция или увеличаване участието на маргинализирани групи в рамките на масовото общество (Barry, M., C. Hallet, 1998: 5).

За С. Нунев социалното включване на практика се осъществява чрез два подхода. Първият представлява своеобразен процес на „промяна на изключения и интегрирането им“, а вторият разглежда властовите отношения между изключените и тези, които ги изключват, като препоръчва овластяване на първите (Нунев, С., 2009: 88). Най-удачно би било всички подходи да се обогатят и съчетаят в прилагането им на практика от клиничните социални работници.

Стигма - същност и характеристики

Съвсем малко на брой са у нас изследванията (с изключение на цитирания труд на Д. Градев), които да са посветени на стигмата. В областта на стигмата в България не се работи активно, но дали това е нейно проявление, или по-скоро липсват ангажирани изследователи на проблема, е трудно да се каже. Основно положникът на изследванията за стигмата Е. Goffman приписва етимологичния произход на думата „стигма“ на гърците. Тя означавала телесен знак, направен

(жигосан или изрязан в кожата), за да изобрази определено морално лошо раз личие на притежателя ѝ. Индивидът е дисквалифициран от възможността да бъде приет от общността. Стигмата е функция, която дълбоко дискредитира субекта и го прави „различен от другите“ (Goffman, 1963). Стигмата се откроява под формата на социално дистанциране, когато лица от общността не желаят да се асоциират с лица с психични разстройства (Parle, S., 2012).

132

Основното определение, прието в настоящия труд, е изведено от Световната здравна организация и Световната психиатрична организация, които се обединяват около следното легално определение за стигма: тя произтича от процес, при който определени лица и групи са неоснователно определени като срамни, вследствие на което са изключени и дискриминирани (WHO WPA, 2002). Основното в определението им е, че стигмата поражда дискриминация, инвалидизиране, страдание и бедност (Corrigan & Watson, 2002).

Българският изследовател Д. Градев дефинира стигмата при лицата с психични разстройства като „признак или социален атрибут, който до такава степен обезценява социалната идентичност на човека, че го дисквалифицира за възприемане от страна на обществото“ (Градев, Д., 2010: 226).

В основната си степен характеристиките, приписвани на стигматизирани групи, са обобщено идентични. Например всички лица с психични проблеми притежават интелектуална недостатъчност и са опасни и агресивни, трябва да бъдат задължително отблягвани и настанявани в изолирани от населените места домове. Хората, страдащи от алкохолна зависимост, пак не се възприемат като опасни, но са непрекъснато обвинявани, че са слабохарактерни и затова са станали зависими, а невъзможността да се откажат от алкохола е приравнена с каприз (по: Crisp et al, 2000). Д. Градев също пише за този ефект на укоряване съобразно стигматизиращия белег, като дава за пример хората с наднормено тегло, които биват укорявани и осмивани винаги, когато се хранят на обществено място или плаж (Градев, Д., 2010: 228).

Едно по-общо определение гласи, че стигмата се отнася до нагласи и вярвания, които карат хората да отхвърлят, да избягват или да се страхуват от тези, които възприемат като различни (Definitions of Stigma and Discrimination, Disability Rights California, Mental Health Service Act 63). Авторите диференцират три основни вида стигма: обществена стигма, автостигма и институционална стигма. „Обществена стигма“ се отнася до нагласите и вярванията на широката общественост към хората с психични разстройства или към членовете на техните семейства. Например широко обществено схващане е, че хората с психиатрични диагнози са насилници и опасни. „Институционалната стигма“ се отнася до политиката на обществените организации и културата на „общоприетите“ негативните нагласи и вярвания. Например стигмата често се отразява в използването на клинични термини като

например „шизофреник“. За предпочитане е да се използва уважително отношение към пациента като например „лице, страдащо от шизофрения“. „Автостигмата“ възниква, кога то даден човек е вече интериоризирал, приел и живее съобразно погрешните схващания на обществото за „психично болните“. Чрез интернализиране на негативните вярвания индивидът или групата може да изпитват чувство на срам, гняв, безнадеждност или отчаяние, които ги обезсърчават да търсят со

133

циални услуги, заетост, медицинско лечение или дори се изолират и избягват възможностите за създаване и поддържане на социални контакти (пак там). Всички автори са на мнението, че стигмата не е еднократно проявяващо се или изолирано явление. Стигматизацията е не само случайна негативна оценка, а „персистиращ процес на трайно негативно отношение“ (Кожухаров, Х. и др., 2015).

Няма ясен консенсус относно определението на стигмата, но обобщено може да се каже, че тя е „тежко обществено неодобрение, поради вярвания или действителни индивидуални характеристики, външен вид или поведение, които са в противоречие с нормите, независимо дали те са икономически, по литически, културни или социални“ (БаиБег, С., 2008: 10-13).

Д. Градев прави извода, че всяка една личностна характеристика може да бъде стигматизирана, тъй като наблюдаващият може да я свърже със свои субективни чувства на „отвращение, презрение, страх“ (Градев, Д., 2010: 109). Впрочем именно с подобни епитети се етикетират най-често лицата с психични проблеми, върху чието стигматизиране акцентира настоящата студия. Тези негативни личностни черти не се притежават по желание от субекта, а и не винаги една черта може да бъде определена категорично като отрицателна, тя бива окачествена като такава именно чрез негативната оценка на наблюдаващия. Всъщност всяка ярко открояваща се отличителна черта най-лесно автоматизирано бива възприета като отрицателна. Доказан психологически ефект е, че когато видим красив човек на външен вид, подсъзнателно го оценяваме и като добър, докато, ако наблюдаваният обект не блести с красива външност, винаги ще си имаме „едно на ум“. Социалната психология отдавна е обяснила този феномен като „ефект на първенството“, открит от американския психолог Аш. Начинът на възприемане на съответната личност представлява негативно атрибутиране или иначе казано „процес, чрез който се съди за основните характеристики на човек, на базата на неговото поведение“ (пак там, 2010: 111). Често лицата с психични разстройства се отличават от останалите с това, че са по-плахи, по-спокойни, по-кротки, по-доверчиви и с по-ниска самооценка, в много случаи със занемарен външен вид. Очевидно нито една от тези характеристики не може да бъде оценена като недостатък, но дори когато субектът е различен, дори само с добродетелни черти, той ще бъде обект на стигма.

Нескончаемото негативно възприемане естествено би довело и до последваща дискриминация. Връзката между стигма и дискриминация също е разгледана по-късно в настоящия текст. Най-често предразсъдъците към определени групи ни подтикат да правим фундаментална атрибутивна грешка, т.е. предразсъдъците ни потикват да се възприемат всички нови членове на стигматизираната група с вече формираните ни негативни впечатления, обезценява се реалната стойност на Аз-а.

134

Анализът на това защо една група е стигматизирана, трябва да започне от голямата общност, т.е. от стигматизиращите, тъй като „мнозинството в дадено общество е инстанцията, определяща кои типове индивиди и групи са носи тели на характерни белези, предполагащи практиката на стигматизирането“ (пак там, 2010: 113).

Модели на стигматизиране

Бащата на изследванията за стигмата Е. Офшайп диференцира три категории стигма. Първата включва различните физически специфични особености. Те са следвани от индивидуалните личностови специфики - характерови особености, психични разстройства, злоупотреба с психоактивни вещества, „хомосексуализъм“, „безработица“, „опити за самоубийство“, „радикално политическо поведение“ и други. Последният трети вид стигма е тази, базирана на общностна принадлежност - „раса“, „националност“, „религиозна принадлежност“ и други (по: пак там, 2010: 129).

Друг вид типологизиране на видовете стигма предоставя Дж. Фалк. Той я разделя на два основни вида. Първият е „екзистенциалната стигма“. Тя „произтича от условия, които обектът на стигмата или не е причинил, или върху които не може да влияе“.

Тук се включват лицата с психични и психични разстройства, хората с хомосексуална ориентация, хората с наднормено тегло, възрастните, неомъжените, расова принадлежност, физически недостатъци и други (по: пак там, 2010: 131).

Както става ясно, много от споменатите тук характеристики съвпадат напълно с тези, предоставени по-горе от първия и втория вид на класификацията на Е. Офшайп. Вторият вид стигма според Дж. Фалк е „постигнатата стигма“. При нея субектът бива стигматизиран по причина „поведението“ си или защото с нещо е допринесъл „това да се случи“. Пример за стигматизирани групи хора тук са лицата, злоупотребяващи с психоактивни вещества, проститутките, закононарушителите и други (пак там).

От огромния си научен труд Д. Градев обобщава три основни модела на процеса на стигматизиране. Първият е моделът за атрибута, според който причина за стигмата е „враждебното отхвърляне на хората, притежаващи дадена характерна

особеност“, а атрибутът се възприема „изключително негативно“ (пак там, 2010: 126).

Вторият модел обосновава стигматизиращото отношение като процес на намиране на „изкупителна жертва, посредством който враждебността (...) се поражда предварително, но в същото време бива причина и за възприемането на фрапиращите недостатъци у членовете на дадена социална категория“ (пак там). Последният обобщен модел за стигмата е този за етикетирането. Според него „преживяването на дадено ярко негативно качество може да бъде необ

135

ходимо условия за отхвърлянето на даден човек, но не е достатъчно“, защото „основна роля играят контекстуалните променливи величини“ (пак там). Стигматизиращото отношение към лицата с психични разстройства е базирано най-вече на принципа на рационалността. На първо място се смята, че лицата с психични разстройства не могат да бъдат пълноценни протагонисти на основните социални роли - не могат да бъдат родители, приятели или каквито и да е било работници или служители (пак там: 221-223). Т.е. смята се, че те не биха могли да се справят със задълженията, които изисква социалната роля, и нямат капацитет да я изпълняват, като, следователно, щом не я извършват - не допринасят за обществото. В обществото много рядко лицата с психични разстройства биват отличавани от лицата с интелектуална недостатъчност, най-често те се слагат под общ знаменател, което снижава потенциала им за каквато и да е било професионална пригодност, особено работа с хора, боравене с машини и други.

На второ място стои етикетирането. Най-новите статистически данни предоставят изводи, че поне половината от популацията на света през живота си е страдала от психичен проблем, като най-често това е депресивен епизод. Лицата с определени психични проблеми, било то тежки психични разстройства, личностови разстройства или депресия, са принудени да крият дори от най-близките си, че са потърсили психиатрична помощ или са били обект на психиатрично лечение, поради страха от това да бъдат стигматизирани чрез етикетирането им „съобразно принципите на рационалното общество“ като психично болни - т.е. опасни и непригодни за работа, и за социални контакти (пак там: 223-224).

На трето място стигматизиращото отношение от страна на „рационалното общество“ се пренася и на близките и роднините на лицата с психични разстройства. Най-често общността стигматизира близките, като ги определя също като хора с психични проблеми. Винаги на тях им се вменява и вина за това, че техният близък е отключил болестта, примесена с отговорност, „че трябва да си го гледат“. Стигмата към семействата на психично болните е факт. Тя „несправедливо наказва своите обезвластени жертви“ и предизвиква „емоционален стрес“ тях (пак там: 226-228). Най-трудно този стрес, превърнат в дистрес, бива отработван от децата на болния

родител. Те са същевре менно обект както на подигравки от връстниците си, така и на живот в семей ство с родител с увреждане. Децата, растейки особено в пубертетна възраст, трудно разбират състоянието и болестните проявления на хроничните психични разстройства на своя родител, което ги отчуждава от него, на свой ред те започват да го стигматизират и да изпитват гняв към него, да ненавиждат всичко, свързано с него, да го обвиняват за болестта му и за това, че не е способен да им осигури блага, които „другите родители“ предоставят на децата си. Средата обезвластява и маргинализира децата на лицата с психични раз

136

стройства също като самите тях, като това може да доведе и до автостигматизация и изпитване на срам (пак там: 228), но според мои лични наблюдения в практиката ми на клиничен социален работник у нас най-често това води до различни форми агресия от страна на децата към родителите им.

Автостигма

Автостигма или интернализирана стигма е също процес на стигматизиране, в който лицата с психични разстройства се себеетикетират с негативните характеристики, обичайно приписвани им от обществото, като силно се обезценяват (по: Livingston and Boyd, 2010).

Автостигмата е вътрешна стигма, която се подхранва с нашата самооценка и личностен капацитет. Тя напомня непрекъснато на лицето с психично разстройство колко е различно от останалите хора, колко не е достойно да бъде като тях и колко много обществени норми нарушава с вида си и поведението си, поради което трябва да изпитва срам и да се самоизолира, самонаказва, заради индивидуалните си особености.

Автостигматизацията е налице, когато субектът започне да си поставя не реалистични очаквания спрямо себе си, изпитва непрекъснати срам и вина от всичко у себе си, има задръжки в това да участва в каквото и да е било, няма мотивация да се включва, самоизолира се и едновременно с това се чувства самотен. *Автостигма е и когато лицето с психично разстройство не желае да използва социални услуги, за да не бъде негативно етикетирано именно заради това. В Англия болшинството от страдащите от депресия крият това, че са потърсили психиатрична помощ, тъй като общността заклея явява ползващите услугите на психиатри, „най-често като изиофреници“. Над 3000 от завърналите се военни в САЩ от Иран и Афганистан са потърсили психиатрична помощ по повод на депресия, безпокойство и постравматично разстройство, като всички те са пожелали да запазят в пълна тайна нуждата си от специализирана помощ именно поради страха от това да не бъдат етикетираны като психично болни (Graham Thomicroft and all, 2007).*

Автостигматизирането затруднява изключително много психичноз

дравните специалисти и клиничните социални работници по време на работата им за осъществяване на социална рехабилитация и интеграция на своите клиенти с психични разстройства в общността. Самите потребности са обезверени, демотивирани, нямат очаквания и вяра, че може да на стъпи положителна промяна в състоянието им, в социалното им функциониране и взаимоотношения с общността и значимите близки.

Според I. Katz проявата на стигма е „ответна реакция на наблюдаващата та група на мнозинството спрямо стигматизирания индивид“ (Katz, Irwin, 1981: 118). Възприема се единствено „негативният атрибут“, а след това се

137

„обезценява“ притежателят му, без да се обръща внимание на каквито и да е било други негови характеристики и добродетели (пак там). Интересното е, че стигмата е самопораждаща се и самоподхранваща се, може да се появява двупосочно - от негативния атрибут към отрицателно възприемане на цялата личност на субекта и обратно - на базата на стигматизираната личност, всеки приписван ѝ атрибут се възприема крайно и необосновано отрицателно.

Стигма и професионализъм в психичноздравната сфера

Психичноздравните професионалисти са както субект на стигмата, така и неин обект под различна форма. Според Jonathan Burns съществува стигма в отношението на психичноздравните специалисти към своите пациенти, както и дори измежду самите лица с психични разстройства. Негови те наблюдения показват, че хората с гранично личностово разстройство са по-стигматизирани от останалите лица с психични разстройства (Jonathan Kenneth Burns, 2009). Най-вероятно това се дължи на поведенческите проявления на самата диагноза. Лицата с гранично личностово разстройство, в сравнение със страдащите от други психични заболявания, са по-склонни да осъществяват на практика своите психотично обусловени аitudini.

Поставянето на медицинска (или конкретно в случая на психиатрична) диагноза предполага, че всички членове, принадлежащи към групата, боледуващи от определено заболяване, са относително хомогенни и че всички групи се отличават с определени граници и общи характеристики. Диагностичната класификация служи за няколко цели. Тя съвпада с доминиращата когнитивна ефективност, използвана от хората за разбиране на голямо количество информация (First et al., 1997). Книгата с психиатрични диагнози предоставя на клиницистите ефективни характеристики, описващи техните пациенти. Те включват не само описание на проявяваните симптоми, а и очаквания ход на боледуване и прогнозата от потенциалното лечение.

Те могат да бъдат съчетаени с лабораторни изследвания, изследване относно етиологията на заболяването, изграждане на модели на семейството на пациента и

снемане на психиатрич на анамнеза (Robins & Guze, 1970). Въпреки предимствата на критериите за общо диагностициране професионалистите в областта на психичното здраве също така разпознават капаните при поставяне на диагноза и категоризация.

Една от тези клопки е въздействието на стигмата върху психичноздравните професионалисти (APA, 2000). Проявленията на една и съща психиатрична диагноза (многократно изследвана и безспорно поставена) могат да бъдат изключително различни съобразно тежестта на боледуване и психичния апат на всеки един конкретен пациент. Именно поради тази причина типично стигматизиращо отношение от страна на психичноздравните специалисти е да имат категорични очаквания, че различни пациенти с една и съща психи

138

атрична диагноза ще имат задължително рано или късно абсолютно еднакви проявления на болестта си и/или на характеровите си особености. Данните за стигмата, проявявана от психичноздравните професионалисти, са значително по-бедни дори от самите изследвания на стигмата. Най-често стигмата, идваща от клиницистите, е идентична със социалната стигма, проявявана от широката общественост. Тя може да се дължи на бърнаут или например грешни специфични особености във възпитанието и/или професионалното формиране на специалистите и други (Acker & Lawrence, 2009). При стигмата в професионалната сфера не е важно масовото разпространение, т.е. количеството на проявяваната стигма, а нейната тежест. *Дори и малко коли чество стигма сред професионалистите се превръща в „много хиляди негативни социални взаимодействия“ с потенциал за дългосрочно увреждане на благополучието на клиента и самоподхранване на стигматизиращото отношение сред професионалистите, посветени в това да помагат на лицата с психични разстройства* (Stephen P. Hinshaw and Andrea Stierp, 2008). *Съществува категорично стигматизиращо отношение, проявяващо се от обществото към психичноздравните специалисти - психиатрите, клиничните психолози и клиничните социални работници. Най-често обществено мнение е на мнението, че общувайки с психично болни, психичноздравните специалисти рано или късно и те ще отключат психично разстройство. Някои хора се притесняват от общуването с психичноздравните специалисти, тъй като се опасяват, че те постоянно ги анализират и че във всеки един момент биха могли да им поставят психиатрична диагноза. Погледнато в дълбочина, това е проявление на страх на членовете на обществото са мислите да не бъдат стигматизирани, в случай че се разболеят. Пример за това е, че бошинството от пациентите се обиждат, когато личният им лекар или друг специалист ги насочи към консултация с психиатър, тъй като психичноздравните специалисти също са белязани като част от малката обезвластена група на маргинализираните.*

Но стигматизиращото отношение към психичноздравните специалисти не се проявява само от обществото, а и от самите им клиенти и пациенти,

които винаги са на мнението, че клиницистите ги „травят“ умишлено с лекарства, които не са създадени да лекуват, а само да предизвикват сериозни странични ефекти или че психосоциалната рехабилитация е „игра“, без практически ползи.

Стигма и митове за нея

В следващите няколко абзаца ще обобща основните, най-широко разпространени митове за лицата с психотични разстройства, които стигматизират отношението на обществото поражда. Както вече споменахме,

139

мнозинството винаги проявява негативно стереотипно отношение спрямо малцинствените групи. Към всяка стигматизирана група се проявяват на кет различни стереотипизирани нагласи, безпочвено формирани и абсолютен емпирично недоказуеми, които битуват в обществото. Затова в литературата те се наричат митове (Сапунджиев, С., Г. Деянова, 2015).

Мит: Психичните заболявания не засягат много хора.

Факт: Психичните разстройства са често срещани. Един от всеки петима австралийци, например, е страдал от психично разстройство (в много други страни, цифрата е равна или още по-голяма). Те засягат хора от всички възрасти, образователни нива, култура и финансово състояние (пак там). Мит: Психичното заболяване се дължи на лична слабост.

Факт: Психичното заболяване не е порок. То е причинено от сложното взаимодействие на генетични, биологични, социални и екологични фактори. Търсенето на специализирана помощ е знак за сила и опит за справяне с проблема, а не социално желателно потушаване (пак там).

Мит: Хората с психични заболявания никога не се подобряват. Факт: С правилния вид помощ - съчетание от социална рехабилитация и медикаментозна терапия, повечето хора се възстановяват и водят живот като „здравите“ (пак там).

Мит: Хората с психични разстройства могат да се отърват от болестта, ако приложат усилия и воля, ако се „стегнат“.

Факт: Психичното заболяване не е причинено от лична слабост и съответно не може да се „излекува“ само чрез проявяване на силна воля от страна на болния (пак там).

Мит: Хората с психични разстройства трябва да бъдат държани в болница. Факт: С подходящо лечение и подкрепа хората с психични разстройства могат да живеят успешно и относително самостоятелно в общността, без да създават риск или проблеми, както за себе си, така и за останалите членове на конкретната общност (Stigma, Discrimination and Mental Illness, 2009). Мит: У обществото съществува и страх от заразяване или повлияване от лице с психично разстройство - много хора

си мислят, че общуването с лица с психични разстройства ще повлияе негативно на собствената им психика и ще я деформира и увреди безвъзвратно (Сапунджиев, С., Г. Деянова, 2015). Факт: Напълно невъзможно е психичните разстройства да бъдат предадени от един на друг човек, като това важи дори ако лицата имат роднинска връзка (пак там).

Мит: Страдащите от психични разстройства лица са по-агресивни от останалите и по-склонни да упражнят физическо насилие. Много често широко обществено възприема хората, живеещи с психичноздравни проблеми (особено психотичните разстройства), като че те са склонни към насилие и представляват смъртна заплаха и непредвидима опасност за другите.

140

Факт: Напълно погрешно е схващането, че повечето хора с психични разстройства са опасни. Това е потвърдено от множество статистически данни, които сочат, че лицата с психични разстройства не са по-агресивни от останалите хора, а напротив, като това по-често от останалите ги превръща в жертви на престъпления, а дори да проявят агресия, тя е насочена най-често към самите тях (както ще стане ясно от представения по-късно в текста анализ на статистически данни). Митът, че психично болните са опасни, води до по-голяма социална дистанция (особено за тези с психотични разстройства). Тя представлява нежелание от страна на широката общественост да се ангажира с тези индивиди. В крайна сметка това неизменно води до тяхното социално изключване (Müller, B., et al., Mental illness, stigma and social support: A longitudinal approach. *Social Science and Medicine*, 2006: 39-49).

Едно немско изследване гласи, че 49,6% от обществеността изразява убеждението, че лицата с психични разстройства са непредсказуеми. 25% от респондентите смятат, че хората, живеещи с психичноздравни проблеми, са склонни винаги към насилие и агресивно поведение (Angermeyer, M. C. and H. Matschinger, The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *Int J Soc Psychiatry*, 2005: 216-84). Цитираното изследване показва също, че според широката общественост хората с психичноздравни проблеми биха били по-склонни да се включат в престъпни насилствени действия, отколкото членовете на широката общественост. Културната и етническа принадлежност на лицата с психични разстройства също могат да повлияят и затвърдят стигматизиращите нагласи (Anglin, D. M., B. G. Link, and J. C. Phelan, Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatr Serv*, 2006: 851-62).

Въпреки описаните обществени нагласи анализите в редица развити държави показват, че рисковете от насилие от страна на човек с психично разстройство не са по-големи от тези за цялото население като цяло. Анализ на статистиката за официално разследваните убийства в Англия и Швеция за периода от 1951 до 1995 г. показва, че броят на убийствата, извършени от лица с психичноздравни проблеми, е

с 3% по-малък от общия брой извършени убийства (Taylor, P.J. and J. Gunn, Homicides by people with mental illness: myth and reality. Br J Psychiatry, 1999: 9-14).

Последващ анализ доказва, че дори извършените убийства не са обусловени от наличието на психиатрична диагноза, а са плод от злоупотреба с психоактивни вещества и психични проблеми (Shaw, J., et al., Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. British Medical Journal, 2004: 134-1). Подобен анализ в Нова Зеландия показва, че само 9% от всички убийствата, извършени между 1910 и 2000 г., са от хора с проблеми с психичното здраве. Това е усреднен годишен процент. В началото на разглежданата статистика от авторите, през 1910 г. убийствата, извършвани от лица с психични проблеми, са били 20% от
всич

141

ки насилствени отнемания на живота, докато благодарение на съвременните медикаментозна терапия и психосоциална работа през 2000 г. извършените от тях убийства са едва 5% от всички (Simpson, A. I., et al., Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. Br J Psychiatry, 2004: 394-8).

Не всяка психиатрична диагноза предразполага към съществуване или демонстриране на насилие. Единствено при антисоциалното разстройство и при разстройствата, вследствие на злоупотреба с психоактивни вещества, съществува известен риск от проява на агресия, която обаче отново се проявява рядко. Както вече споменахме, лицата с психични разстройства най-често стават жертви на насилие, а не извършители (по: Stephen P. Hinshaw and Andrea Stier, Stigma as Related to Mental Disorders, Annu. Rev. Clin. Psychol. 2008: 376).

Стигма и дискриминация

Дискриминацията, от друга страна, произтича от стигмата, когато е основана на принадлежност или възприемане като принадлежащи към определена група (Letamo, 2005). Именно дискриминацията е резултат, представляващ крайна форма на социално изключване. В сравнение със стигмата дискриминацията може да бъде по-често срещана, тъй като тя включва множество обществени ограничения (Busza, 1999).

Думата дискриминация е с латински корен и означава всяко различие, изключване или предпочитане, което има ефект на обезсилване или нахвърляване на еднаквото упражняване на права. За дискриминация се счита всяко разграничаване, изключване или неpreferиране на базата на психично здравен признак. Съществуването обаче на специализирани мерки и/или права, предназначени единствено за защита на правата или за подпомагане на лицата с психични разстройства, не се считат за дискриминация (United Nations General Assembly resolution, 1991). За М. Деливерска същността на понятието

дискриминация включва „неадекватно отношение на обществото към различните индивиди, поставени при едни и същи условия“ (Деливерска, М., 2014: 10).

Дискриминацията бива диференцирана на две основни форми - пряка и непряка. Пряка дискриминация е, когато „едно лице е или би било третирано по-малко благоприятно от друго, в сравнима ситуация“ (пак там: 10). Оттук следва изводът, че стигмата е форма на дискриминация. Непряка дискриминация се наблюдава, когато „видимо неутрална разпоредба, критерий или прак тика биха поставили лица, принадлежащи към защитена група, в определено по-неблагоприятно положение, в сравнение с други лица...“ (пак там). Стигматизиращото отношение може да бъде възприето и като непряка дискриминация. Практически пример за това е ненаемането на трудова заетост на лица с психични разстройства от страна на работодателите на много длъжности, на

142

които те са напълно способни да упражняват труд и няма фактически пречки пред това.

Също както стигмата предизвиква в дългосрочен план автостигматизиращо отношение у заклеймените групи към самите тях (автостигмата), така и жертвите на постоянна дискриминация „подсъзнателно привикват“ към нея, като „потискат и омаловажават негативните си преживявания и дори престават да се чувстват злепоставени“ (Екимджиев, М., 2005: 6).

С влизането в сила на Договора от Лисабон Хартата на основните права на Европейския съюз стана правно задължителен документ във всички страни от Европа. Хартата е официален нормативен документ и у нас, поне чисто формално. На практика нейното спазване не е гарантирано или често срещано, но пък при нарушаване на клаузите ѝ субектът винаги може да потърси правата си по съдебен ред, да получи законова закрила и най-често финансово обезщетение за претърпените вреди, макар и след дълъг съдебен процес (На ръчник по европейско право в областта на дискриминацията, 2010). Този документ диференцира видовете дискриминация основно на две части - пряка и непряка. Проявление на пряка дискриминация е, „когато едно лице е, било е, или би било третирано по-малко благоприятно от друго в сравнима ситуация, въз основа на расов признак или етнически произход, разлика в третирането на лица в аналогични или достатъчно сходни ситуации“, която се „основава на подлежаща на идентифициране характеристика“ (пак там).

Неп пряката дискриминация не е толкова манифестирана като пряката, тя не си личи толкова на пръв поглед, но негативните ѝ последствия са налице. При нея се различава „не третирането, а последствията от това третиране, които засягат по различен начин лица с различни характеристики“. Проява на непряка дискриминация е налице, когато „видимо неутрална разпоредба, критерий или

практика биха поставили лицата от дадена раса или етнически произход в особено неблагоприятно положение в сравнение с други лица“ (пак там).

Една от целевите групи, която Хартата изрично защитава, това са хората с увреждания. Тя обаче нееднозначно тълкува самото съдържание на това, едно лице да бъде с увреждане. В крайна сметка, най-често в съдебните процеси, съдът приема следната дефиниция на чл. 1 от Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания: „лица с увреждания включват лица с трайно физическо, психическо, интелектуално и сетивно увреждане, които при взаимно действие с различни пречки биха могло да възпрепятстват тяхното пълно ценно и ефективно участие в обществото, равноправно с останалите“ (Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, 2015).

Освен ратифицирането на Хартата на основните права на Европейския съюз съществува и се прилага нарочен Закон за защита от дискриминация. Чл. 1 на този закон „урежда защитата срещу всички форми на дискриминация и съдейства за нейното предотвратяване, а следващата подзаконова точка ни

143

осведомява, че „целта на закона е да осигури на всяко лице правото на равенство пред закона; равенство в третирането и във възможностите за участие в обществения живот и ефективна защита срещу дискриминацията“ (Закон за защита от дискриминация). Тук отново лицата с увреждания са една от изрично споменатите групи, които Законът защитава. Той забранява всякакви форми на дискриминация спрямо хората с увреждания. Такава форма е например и възпрепятстването на достъпа на хора с увреждания до обществени места или работното място (пак там).

Докато „стигмата“ е отношение или убеждение, „дискриминацията“ е поведенческа характеристика, подтикната от тези нагласи или убеждения. Дискриминацията възниква, когато лицата или институциите несправедливо лишават другите от техните права и възможности за живот, поради стигматизиращото си отношение. Дискриминацията може да доведе до изключване или маргинализиране на стигматизираните групи и да ги лиши от редица граждански права като например достъп до общинско жилище, настаняване, възможности за трудова заетост, образование и пълноценно участие в обществения живот (Definitions of Stigma and Discrimination, Act 63). Форма на дискриминация е и „различното третиране“ въз основа на инвалидност. Например почти една четвърт от американските работодатели съобщават през 1995 г., че не биха наели за служител лице, което им е разкрило, че притежава ментален проблем. Дискриминацията също така включва невъзможност за осигуряване на приемливо настаняване на лице с увреждане. Например, по време на командировка на работници, колегите отказват да бъдат настанени в една стая, заедно със свой колега с психично разстройство. Щатските работодатели пък винаги били на мнение, че

ако наемат хора с психични проблеми, задължително ще бъде необходимо да внедрят промени в управление на персонала си, промени в графика на работа, промени във физическите аспекти на работното място, реструктуриране на трудовите задължения и други (пак там). От тези представи на американските работодатели, ясно си личи, че дискриминационното отношение е идентично със стигматизиращото отношение. И двете представляват на практика крайно негативни проявления спрямо лица с психични разстройства, базирани на абсолютно безпочвени, заклеяващи предположения за несъществуващи на практика потенциални дефицити, произхождащи от наемането на работа на лица с психични увреждания.

Стигма и трудова заетост

Едно от най-заклеяващите твърдения, поддържащи стигмата спрямо лицата с психични разстройства, беше това, че те са група, която няма с какво да допринесе за добруването на обществото. Това е типично стигматизиращо твърдение, използвано срещу всяка малцинствена група.

144

Правото на труд е разписано в Конституцията на Република България. Чл. 16 гласи, че „Трудът се гарантира и защитава от закона“ (Конституция на Република България). Работата не е принудителна (чл. 48, ал. 4), а изборът на вида и характера ѝ са лично право на гражданите (чл. 48, ал. 3). Същите хуманни изявления са упоменати и в чл. 23 на Всеобщата декларация на правата на човека (Всеобща декларация на правата на човека). Според нормативните актове всеки има право да се труди, но на практика, в обективната действителност нещата не стоят по същия начин, тъй като не всички, които притежават правото да работят, имат съответната възможност. Съвсем естествено пазарните и икономически принципи на пазара на работна ръка, обособяват групи притежаващи определени дефицити, които ги възпрепятстват при намирането на трудова заетост. Хората с увреждания и в частност лицата с психични разстройства са именно една от т.нар. „уязвими групи“ на пазара на труда, които се нуждаят, а и получават институционализирана помощ под различна форма.

Когато човек е без работа, той се чувства изключително силно недоволен от самия себе си. Собствената му личност не би могла да бъде полезна нито за него, нито за неговите близки, нито за обществото. Нерядко хората с психични разстройства изпитват силна тревожност поради тази причина. Те се чувстват безполезни за обществото, тъй като въпреки желанието им възможност за работа така и не им се предоставя.

Тази невъзможност за професионална реализация води множество допълнителни личностни, социални и не на последно място икономически проблеми.

Лицата с психични разстройства продължават да зависят финансово от своите близки, най-често от възрастните си родители, тъй като други близки обикновено не се ангажират с подкрепата им. Това създава икономически проблеми не само за обкръжението на лицето с психично разстройство, но и за самия него. Без финансовите средства от трудово възнаграждение, единствено с пенсията си за инвалидизиращо заболяване, лицата с психични разстройства не биха могли да живеят на място или по начин, който те биха желали, както и не биха успели да покрие пълноценно своите жизнените бази и социални потребности. Когато работи, субектът с психично разстройство ще бъде част също от колегиална група хора или дори от професионална общност, удовлетворявайки също свои важни емоционални нужди от принадлежност и социални контакти.

Стигматизиращо е отношението, че те се нуждаят постоянно от грижите на друг човек. Истината е, че лицата с психични разстройства в ремисия са толкова самостоятелни, колкото всеки друг гражданин, а необходимостта им от прием на лекарствени медикаменти и лечение е съизмерима с тази на всеки пациент лекуващ свое хронично заболяване.

Когато лицата с психични разстройства (дори тези с тежка психична болест) се лекуват с подходяща медикаментозна терапия, съчетана с психосо-

145

циална рехабилитация и/или психологическо консултиране, те постигат състояние на ремисия, в което психическото им функциониране е „като на здрав индивид“. Според основни теории на социалната психология всяка една трудова дейност е просоциална дейност. Т.е. упражняването на трудова заетост е един от основните пътища за интеграция в обществото. Лицата с психични разстройства могат да бъдат пълноценни работници или служители, като католиците им за упражняване на труд е същият като на всеки субект с хронична болест, а длъжностите, които могат да бъдат заемани от тях, могат да бъдат ограничени единствено от квалификацията им. Именно чрез упражняването на трудова дейност. Лицата с психични разстройства могат да бъдат полезни и за общността, и за себе си.

Най-важната роля има именно превенцията на психични разстройства, която е диференцирана на първична, вторична и третична психопрофилактика. Първичната психопрофилактика съдържа в себе си активности насочени към подобряване на психичното здраве и предотвратяване възникването на психични разстройства (Станчева-Попкостадинова, В., 2011: 14-15). От своя страна първичната психопрофилактика пак може да бъде диференцирана на три части. Първата е универсалната психопрофилактика, която е насочена към общата популация - „система за подкрепа, чрез консултиране и образование“. Второто подразделение е селективната психопрофилактика, която вече е предназначена за субекти или групи с повишен риск от развитие на психични проблеми - повишаване издръжливостта на психиката от неблагоприятни въздействия на средата и

реализиране на психохигиенни дейности за предотвратяване възникването на психични разстройства. Последният подвид на първичната психопрофилактика е индикативната превенция. Тя е насочена към субектите или групите, които са в голям риск от отключване на ментален проблем. На практика тя се осъществява чрез подготовка на групи за взаимопомощ, индивидуални, групови и семейни специализирани консултации (пак там: 15). Първичната психопрофилактика до голяма степен се идентифицира чрез клиничното консултиране и психотерапията. Вторичната психопрофилактика обединява професионална работа насочена към ранна диагностика, навременно лечение и омекотяване от последиците на вече възникнали психични разстройства. Основната цел на психопрофилактиката е „скъсяване продължителността на боледуване и инвалидизиране“ (пак там: 16). При идеални условия и необходимото двегодишно лечение с антипсихотици субектът може да остане единствено със своята дебютна психична криза, със специализирана подкрепа и регулярна психотерапия да се възстанови напълно и никога повече да не преживее психотичен епизод. Затова във вторичната психопрофилактика се залага предимно на медикаментозната терапия, естествено в съчетание с не по-маловажната психосоциална рехабилитация и своевременно кризисни интервенции.

146

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

Г. Механджийска систематизира от OPTSQ следните базисни психосоциални потребности: благополучие, сигурност, развитие на човешката личност, психично здраве, междуличностно общуване, укрепване на връзките в социалната среда, подобряване условията и качеството на живот, защита на човешките права (по: Механджийска, Г., 2012: 53). Психосоциалната рехабилитация е ангажирана именно

с тези базисни потребности. Една от основните дейности на клиничния социален работник по време на процеса на психосоциална рехабилитация е психосоциалната подкрепа. Това е професионална дейност, включваща „комплекс от въздействия върху индивида, стимулиращи и поддържащи оптималното му ниво на когнитивно, емоционално, поведенческо и социално функциониране“ (пак там: 54). Н. Машонов извежда подкрепата от социалната среда като „основен протективен фактор, предпазващ човешката психика от разруха“ (Машонов, Н., 2011: 112).

Стигма и законодателство

Може би досега останахме с представата, че проявата на стигматизиращо отношение се осъществява на чисто неформално ниво, в ситуационното общуване на ежедневието. За съжаление не само членовете на общността стигматизират лицата с психични разстройства. Както ще стане дума, едни от носещите най-много вреди ситуации са тези, в които здравни специалисти или колегите им от социалната сфера проявяват подобно отношение към своите клиенти с психични проблеми. Но това негативно отношение на специалистите към стигматизираните отново се проявява само чрез вербалния и невербалния език на

147

устно общуване. За огромно съжаление обаче стигматизиращото отношение е разписано и формално от законодателя в чл. 158 от Закона за здравето и практическото му прилагане (Закона за здравето). Законите мерки за лечение на лицата с психични увреждания и заразни болести (чл. 215) включват лечение насила, както и задържане в институции, функциониращи на принципа на месната за лишаване от свобода. Тези болници предлагат психиатрично лечение, но организацията на работа, отношението към пациентите и битовите условия е като в институция за изтърпяване на наказание „лишаване от свобода“. Лишаването от свобода и отправянето за лечение се извършват със съдебно решение, което практиката показва, че се базира изцяло на мнението на един единствен психиатър. За да се постанови принудително лечение, лицето с ментално увреждане не е необходимо да бъде в институт на запрещение. Лекарят преценява субективно колко време да бъде лечението, естествено без самият той да има вина, тъй като е трудно да се предвиди как пациентът въобще би се повлиял от лечението и дали няма да е необходимо повече или по-малко време. Съдът не взима предвид, а и въобще не предоставя възможност на пациента (дори когато не е в криза) сам да избере лечебното заведение и лекар, в което да бъде настанен, както и да изрази предпочитания или не, към определена медикаментозна група препарати. Всеки пациент има свободното право на избор на болнично заведение, лекар и специализирани интервенции, освен психично болният. За разлика от заразните болести, упоменати в чл. 61, ал. 1 на Закона за здравето, психичните разстройства не са заразни, те не могат да предизвикат епидемия или да

навредят на лицата, които влизат в контакт с психично болните, но явно законодателят проявява едно и също отношение към две те групи пациенти. Преди години често на малките деца, по-възрастните им роднини обясняват, че хората с увреждания са лоши и именно белегът им е даден с висше, за да може по този начин обществото да ги различава. Подобни схващания битуват не само в нашето общество, а и в американското. В него през XVII век се практикува масово екзорсизъм, чрез който протестантите и католиците „лекуват“ ментално болните (Градев, Д., 2010: 214). Два века по-късно силно се затвърждава мнението, че „душевно болните са ирационални, склонни към насилие и неморални“. Това постоянно социално обезценяване се дължи и на факта, че лицата с психични увреждания са обезвластено малцинство (пак там: 218-219). Те биват обезвластявани не само с поставянето под запрещение, например, и приравняването им към малолетни или непълнолетни лица, но и с предрасъдъчното им безпочвено отнемане на възможността за упражняване на труд, обучение или адекватно медицинско (непсихиатрично) лечение. Съвременните схващания естествено отхвърлят обладаването от зли сили, като причина за психичната болест. Но все още много хора смятат, че лицата с психични разстройства не могат да допринесат с нищо за обществото.

148

Стигма и запрещение

Няколко пъти досега споменах и института на запрещението. Той също представлява формална стигма, наложена от законодателя, естествено създадена с положителни ценностни атитюди, но предоставяща и възможност за злоупотреби. Мнозинството от членовете на обществото си мислят, че всички психично болни са под запрещение. За щастие това не е така. Чл. 5 от стария Закон за лицата и семейството (в сила от 10.09.1949 г.), предоставя възможността за поставяне на лице с психично разстройство или ментално увреждане под пълно или частично запрещение, съответно законът третира субекта като лице под 14-годишна възраст при пълното запрещение или като непълнолетно лице при частичното (Закон за лицата и семейството). Най-често настойник става близък роднина на субекта. При липса на роднини, авторитетно в настойник се превръща кметът на общината, в която е регистриран субектът. Градоначалникът има правото да назначи за настойник когото да е било лице, стига то да има желание, без да е необходимо т.нар. запретено лице да е съгласно с това кой да му бъде настойник. Това на практика води до злоупотреби от страна на настойниците с имуществото, пенсиите, въвеждане на лечение и други граждански и човешки права на запретените. Настойникът има правото да се разпорежда за всичко в живота на запретените, като законодателят не предвижда право на мнение или избор от страна на запретените. От няколко години у нас има опити за подмяна на стария Закон за лицата и семейството с Проектозакон за подкрепено вземане на решения от хора с

увреждания (Проект за Закон за подкрепено вземане на решения от хора, 2016г.). Както става ясно от името на закона, в него вече мнението, избора и решението на лицата с увреждания са ключови и всички трябва да се съобразят с тях, тъй като те имат и формална стойност. Самият процес на вземане на решение не се извършва еднолично от настойника (както в сега действащата нормативна уредба), а изборът се прави от субекта, подкрепен от мрежа, представяща избрани от него доверени лица и/или психичноздравни професионалисти, които той познава, предпочита и им има доверие.

Най-актуалният нормативен акт в сферата на хората с увреждания е Закон за хората с увреждания (ЗХУ, в сила от 01.01.2019 г.). Както е видно от името вече думата „интеграция“ не присъства в заглавието му. Въпреки това той е ангажиран преимуществено със социалното включване на хората с увреждания и най-вече децата с увреждания. Законът предвижда значително по-голям размер на месечната финансова подкрепа за интеграция. В нормативния акт се споменава само на едно единствено място „лица с психични разстройства“ (в чл. 78, ал. 1, т. 3, г) - за да бъде едно предприятие наречено „социално предприятие на лица с психични разстройства“, трябва с подобни увреждания да са „не по-малко от 20 на сто от списъчния брой на персонала“. В стария

149

Закон за интеграция на хората с увреждания (ЗИХУ, в сила от 01.01.2005 г., отм. 01.01.2019 г.), целевата група така и не се споменава. Има значителна разлика в правилниците за прилагане на законите. В стария правилник по чл. 53а се предвижда заплащането на придружител на всяко едно лице с психично разстройство с ЕР на ТЕЛК над 71%, в размер на 50 лева годишно (по 5 лева за максимум 10 часа) (ПЗЗЗИХУ, в сила от 15.06.2018 г.). Изискванията за доказване на използването на помощта бяха минимални и самите лица с увреждания често се подпомагаха лично с тези средства. В новия (изготвен, но все още неприет) правилник за прилагане на новия Закон, обаче, подобна възможност за заплащане на придружител на всяко лице с психично разстройство напълно отсъства (ПЗЗЗХУ, изготвен на 22.02.2019 г.).

Роля на клиничния социален работник при преодоляване на стигмата и дискриминацията

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

на микросоциалната промяна“ (Боянова, В., 2018: 28-29).

Според А. Клим-Климашевска социалният работник е основен протагонист в множеството следни роли:

- „осигуряващ основни условия на живот за тези, които са ги загубили, • Задоволяващ потребностите, които човек сам не може да задоволи..., • Намаляващ негативното влияние на факторите, които не могат да се променят или ликвидират,
- Спомагащ постигане на задоволително равнище и качество на живот за решаване на проблемите и преодоляване на трудностите,
- Помощник-организатор на първия контакт с подопечния, осъществява начално определяне на проблема и насочва в съответно ядро,
- Спасител-организатор и оценяващ явленията, които пораждат потребност за оказване на помощ на обществените служби и ги квалифицира за по-лучаване и разпределение на материалната помощ,
- Съветващ и помагащ за решаване на жизнените въпроси на хората, които благодарение на тази помощ биха били способни самостоятелно да решават проблемите, които са причина за трудната жизнена ситуация,
- Представящ информация, отнасяща се до решаване на жизненни проблеми на подопечните, оказва им помощ чрез съответните учреждения и организации,

150

• Аниматор, предизвикващ обществена активност, като призовава за самопомощ с цел задоволяване на необходимите жизненни потребности на самите хора, на семействата и околните...,

• На изследовател, показващ, анализиращ и интерпретиращ потребности и проблемите на обществеността, които влияят върху формиране на правилни взаимоотношения между хората, за повишаване качеството на живот, а също така за преодоляване и положително решаване на обществените проблеми, създаващ концепции за програми за социални дейности,

• Координиращ взаимодействието на хората с цел осъществяване на задачите, обществената помощ“,

• На учещ и квалифициращ се непрестанно професионално и на предаващ своите знания на „практиканти и колеги“ (Клим-Климашевска, А., 2003: 81-82). Специалистите, работещи в държавните институции за социално подпомагане и пенсионно осигуряване, не биват запознавани с особеностите на психичните разстройства. Също като всички целеви групи на държавното социално подпомагане хората с психични разстройства са част от бенефициентите на социални услуги, които са с „многоаспектни проблеми и едновременно с това от изключително сложно естество, поради което тяхното подпомагане в повечето случаи изисква и работа (...) в мултидисциплинарен екип“ (Генчев, А., 2018: 39). Това затруднява силно работата им с лицата с психични разстройства, като резултатът е в силен ущърб на последните. Болните са неспособни да се заявяват сами пред институциите или не успяват самостоятелно да се справят с бюрократичния ред за

отпускане на социални помощи и придобивки. Често специалистите не разбират това и отговарят с агресивно и стигматизиращо поведение на невъзможността им за самостоятелно справяне. Понякога се използва и фактът, че някои от лицата с психични разстройства и интелектуална недостатъчност са под запрещение (Деянова, Г., С. Сапунджиев, 2015). Често служителите използват института на запрещението за оправдание и маскиране на собственото си нежелание за работа с тези лица. Вследствие на това много от лицата с психични разстройства, които са потенциални бенефициенти на социални услуги и социално подпомагане, се отказват от своите права, като вместо това продължават да тънат в нищетата и в социално изключване.

Достъпът на лицата с психични разстройства неформално се отказва и до много публични обществени места. В практиката си имах една възрастна дама. Тя бе в състояние на стабилна и дългогодишна терапевтична ремисия, личностно високофункционална, силно социално желателна и възпитана възрастна госпожа, която беше членувала дълги години в столичен пенсионерски клуб. След време в Клуба, обаче, на документално ниво бе представила своето експертно решение на ТЕЛК, в което беше упоменато, че тя страда от

151

параноидна шизофрения. Заради заболяването ѝ членството ѝ бе прекратено мигновено (пак там).

„Клиничните социални работници помагат на клиентите да предприемат психологични и междуличностни промени, да увеличат достъпа си до социални и материални ресурси и да запазят постигнатото ниво на своите способности и силни страни. Интервенциите в клиничната социална работа могат да включват терапевтични, подкрепящи, образователни и застъпни чesки дейности“ (Механджийска, Г., 2017: 4). *Както и на „хората със специфични проблеми от спектъра на разстройствата, кризите, дезадаптацията и те, загубата на автономност, значителното ограничаване на личностния потенциал за справяне. Той им помага, като провежда (наред с обичайните за социалната работа процес, форми и методи за помагане) и специализирани интервенции, насочени пряко върху преодоляването на социалните последици и ограничения от дисфункциите и дефицитите в потенциала за развитие, адаптирането или справянето на клиента. Клиничният социален работник въздейства за намаляването на тези последици и ограничения, за тяхното преодоляване или компенсиране чрез разширяване на личностния потенциал и уменията на своя клиент; чрез реорганизиране и моделиране на обкръжаващите условия и среда; както и чрез стимулиране и подпомагане на връзките клиент-среда“* (пак там: 11).

В сравнение с всички области на социална работа в клиничната социална работа най-много се работи с недоброволни клиенти. Това са лица в остър

психотичен епизод, без критичност и съзнание за поведението и състоянието си. Дори ползвателите на психичноздравни социални услуги често са недоброволни клиенти, тъй като те са станали потребители под натиск на свои знайни близки. Когато е налично недоброволно участие от страна на клиента, социалният работник би следвало да включи техник за „изграждане на доверие, стимулиране на сътрудничеството, активиране на мотивацията, преодоляване на конфронтацията и поддържане на продуктивни работни взаимоотношения“ (там: 72).

Както вече стана ясно, взаимоотношенията между клиента и клиничния социален работник би следвало да са силно резултатни. Въпреки това съществуват и определени рискове, които потенциално биха могли да възникнат. Социалният работник трябва винаги да приема своя клиент такъв, какъвто е, без да проявява „оценъчно, етикетизиращо или стигматизиращо отношение, да помага на индивида също да приеме ситуацията в своята цялост, без да се съпротивлява, да изпитва вина или срам (Милушева, Т., 2016: 82-83). Социалният работник не критикува клиента, приема го, предоставя му всички възможни алтернативи, без да ги оценява, а, напротив, уважава решението му и последиците от него. При взаимоотношенията с клиента може да възникнат и определени девиации.

152

Kendall et al определят сферите, в които биха могли да възникнат нарушения на границите при взаимоотношенията между клиент и специалист: • „близост,

- лична полза,
- емоционални потребности и зависимост,
- жестове на алтруизъм,
- непредвидени обстоятелства,
- намеса по финансови въпроси и решения,
- сексуален морал,
- подаръци,
- граници на информираността“ (по: Механджийска, Г., 2016: 22).

Заклучение и препоръки

Мнозинството от хора, или иначе казано обществото ни, стигматизира всяка една различна група - например, „младите (като социално незрели)“, „старите (като консервативни, досадни и изоставащи от духа на времето)“, „емигрантите (като неудачници)“, „бедните (като мързеливи)“ и други (Градев, Д., 2010: 114). И не говорим единствено за хората с увреждания и в частност за лицата с психични разстройства. Парадоксалното е, че подобна заклеямена група хора са тези, които управляват самото общество - политиките. Те са типично стигматизирана група по всички споменати дотук критерии. Не е тайна с какви негативни характеристики са окачествявани и как се обобщава при писването

им - корумпиран, злоупотребяващ с обществени средства, неспазващ законите и други подобни. Стигматизирана група бива винаги описвана като непритежаваща каквато и да е било ценност за обществото, а, напротив, тя е бремене за него, което не допринася с нищо. На стигматизираната група се приписва винаги „отговорност“ за това, че трябва да се постигне нещо и съответно „вина“, заради това, че в обществото това нещо не е постигнато. Всички психични разстройства предизвикват силно страдание с после дици за всички значими за личността жизнени сфери. Субектът е подложен на постоянно и много силно страдание. Той се тормози непрекъснато, постоянно, няма дори миг спокойствие, изпитва напрежение, пронизван е от страх, превива се от психосоматична остра болка, разкъсван е от невидими сили, терзае се от груб глас или видение, които постоянно го критикуват, обиждат или карат да изпитва смъртен страх. Лицето с психично разстройство е при нудено постоянно да се бори, но не само със собствените си халюцинации и налудни убеждения, а и с постоянно стигматизиращото и дискриминиращо отношение на останалите членове на обществото към самия него. От всичко казано дотук стана ясно, че лицето с психично разстройство е неспособно само да се адаптира към средата, а ако не се работи от стра

153

на на клиничните социални работници и със средата, която винаги проявява стигматизиращо отношение и не желае да го адаптира. Постоянната борба с неизменно проявяващата се тежка симптоматика на психичното разстройство и сериозните странични ефекти, предизвиквани от някои антипсихотични препарати, както и невъзможността за самостоятелно справяне с ежедневните предизвикателства, водят до още по-силно страдание у болния, но най-най го ляма болка у субекта създава постоянното стигматизиращо отношение, което той търпи от останалите членове на обществото и то на всичките му нива, в множество разновидности и институции.

Както стана ясно от горепосочените митове за психичната болест, у лицата с психични разстройства често се формира „вина“ за това, че са болни, че проявленията на менталното им разстройство са каприз, плод на липсата на воля, мързел или боязливост, а не реално психично страдание. Една ситуация, в която лице с психично разстройство извърши престъпление, веднага този акт ще доведе до затвърждаване на негативните представи за цялата малцинствена група, събитието ще бъде преекспонирано и правонарушителят от стигматизираната група всъщност ще се превърне в „изкупителна жертва, на която се приписва вината за социалното безредие и различни форми на трайни кризи в обществото“ (Градев, Д., 2010, с. 119). Съвременният обществен живот предизвиква постоянни ситуации на стрес, неотработеният натрупан дистрес, пък от своя страна поражда силна и постоянна фрустрация, която се канализира лесно в стигматизираните групи, впоследствие те се превръщат винаги и в дискриминирани такива (по: Градев, Д., 2010: 120-121).

За да се преборим със стигмата, мащабността и последствията ѝ в оп ределена група, за мен е от ключово и най-важно значение мнозинството да има личен опит от практически интеракции с малцинството. Единствено по този начин могат да бъдат формирани агенти на промяната в голямата група, които отвлътре да работят за промяна на нагласите ѝ, да се запознаят с лицата с психични разстройства, с факта, че не са опасни, че притежават таланти и способности, че спазват законите и внасят данъци, също като всички остана

ли членове на обществото. В групата на лицата с психични разстройства по добни агенти на промяната могат да бъдат създадени чрез взаимодействие на лицата с психични разстройства с общността - взаимно участие в обществени мероприятия, дни на отворени врати в психиатрични институции, медийни кампании, участие в съвместни дейности (например пролетно почистване на кварталните зелени площи), изработване на тематични продукти (коледна ук раса, мартеници и други), съвместно участие в приготвяне и отбелязване на празници (Великден, Ден на независимостта и други) и други. Трябва да бъде осигурено подходящо и добро психиатрично лечение за всички нуждаещи се, а сегашните здравни институции да станат по-достъпни за болните и със значително по-добри битови условия и медицинско обезпе

154

чаване. Наред с това е необходимо отново, ако не за всички, то поне за макси мален брой лица с психични разстройства да бъде осигурена специализирана психосоциална рехабилитация, да се открият нови видове психичноздравни социални услуги, а на съществуващите услуги да се увеличи броят им и раз пространете им в страната.

Според Jonathan Burns дискриминацията и стигмата могат да бъдат лесно преодоленни чрез добре организирани адвокатски инициативи, които да защитават законовите човешки права на стигматизираните групи. Необходими са още законодателни реформи, както и организиране на обществени и институционални информационни кампании и програми, с цел пълноценно прилагане на законодателството на национално и местно равнище, за да се премахнат всички бариери затрудняващи достъпа, за да се изкорени на стигмата и за да се гарантира пълноценното участие на хора с психични увреждания в обществения живот (Burns, J. K., 2009). Едно от най-необратимите стигматизиращи отношения се проявява от професионалистите в дадена сфера, така че с тях като група трябва да се акцентира върху промяна на нагласите и формиране на субективно обусловено антистигматизиращо и антидискриминационно поведение.

Клиничният социален работник трябва да подхожда първоначално винаги към изследване и при необходимост задоволяване на базовите потребности на своя клиент, като му съдейства пред държавните, общински и здравни институции за получаване на необходимите помощи, услуги, жилище и лечение. Клиничният

социален работник е ангажиран същевременно и с посредничество между клиента и социалната му среда, както и с информиране на общността, организиране и реализиране на антистигма кампании и застъпничество (Сапунджиев, С., 2018: 197-198).

Дискриминация и стигмата са опустошителни преживявания за хората с психични увреждания у нас, тъй като по-голямата част от обществото ни е склонна да проявява силни непроменими заклеяващи възгледи за психичното заболяване, които често се основават на стереотипи и традиционни вярвания, а не на личен опит и реални факти. Затова трябва активно и целенасочено да се работи с общността, която да познае хората с психични увреждания, да не се страхува от тях, а да ги приема като пълноценни и пълноправни нейни членове. Подобни информационни кампании би следвало да се провеждат не само в нарочни мероприятия в общността, а още от училище да има разяснителни кампании (както са психичните разстройства, как и къде да се търси помощ), превантивно-информационни кампании, кампании за промоция на психичното здраве и не на последно място провеждане на антистигма кампании.

ЛИТЕРАТУРА

- Агенция на Европейския съюз за основните права (2010) Наръчник по европейско право в областта на дискриминацията, Съвет на Европа. [Агенция на Европейския съюз за основните права (2010) Наръчник по европейско право в областта на дискриминацията, Съвет на Европа].
- Бородкин, Ф., Социални ексклузии (2000) - *Социологическият журнал*, 3-4, 2000. [Borodkin, F., Sotsialnye eksklyuzii (2000) - *Sotsiologicheskii zhurnal*, 3-4, 2000].
- Боянова, В., Целеви и функционални възможности на социалната работа (2018) - В: *Пътища на професионализма в социалната работа*. София. [Boyanova, V., Tselevi i funktsionalni vazmozhnosti na sotsialnata rabota (2018) - V: *Patishta na profesionalizma v sotsialnata rabota*. Sofia].
- Всеобща декларация на правата на човека. [Vseobshta deklaratsia na pravata na choveka]. (<http://www.ohchr.org/en/udhr/pages/Language.aspx?LangID=blg>).
- Генчев, А. (2018) Анализ на длъжностни характеристики на социалния работник в Дирекция „Социално подпомагане“. - В: *Пътища на професионализма в социалната работа*. София. [Genchev, A. (2018) Analiz na dlazhnostni harakteristiki na sotsialnia rabotnik v Direktsia „Sotsialno podpomagane“. - V: *Patishta na profesionalizma v sotsialnata rabota*.].
- Градев, Д. (2010) Стигма и личностна биография. София. [Gradev, D. (2010) Stigma i lichnostna biografia. Sofia].
- Деливерска, М. (2014) Дискриминация, основана на генетични характеристики. Как да я разпознаем и преодолеем. София. [Deliverska, M. (2014) Diskriminatsia,

osnovana na genetichni harakteristiki. Kak da ya razpoznaem i preodoleem. Sofia].
Екимджиев, М. (2005) Дискриминация - осъзнаване и опознаване на проблема. - сп. *Правата на човека*, бр. 4. [Ekimdzhiev, M. (2005) Diskriminatsia - osaznavane i opoznavane na problema. - sp. Pravata na choveka, br. 4].

Закон за защита от дискриминация, загл. изм. - ДВ, бр. 68 от 2006 г. [Zakon za zashtita ot diskriminatsia, zagl. izm. - DV, br. 68 ot 2006 g.].

Закона за здравето, в сила от 01.01.2005 г., изм. и доп. - ДВ, бр.18 от 22 март 2019г. [Zakona za zdraveto, v sila ot 01.01.2005 g., izm. i dop. - DV, br.18 ot 22 mart 2019g.].

Закон за хората с увреждания, в сила от 01.01.2019 г. [Zakon za horata s uvrezhdania, v sila ot 01.01.2019 g.].

Закон за интеграция на хората с увреждания, в сила от 01.01.2005 г., отм. 01.01.2019 г. [Zakon za integratsia na horata s uvrezhdania, v sila ot 01.01.2005 g., otm. 01.01.2019 g.].

Закон за лицата и семейството, в сила от 10.09.1949 г., изм. -ДВ, бр.120 от 29 Декември 2002г. [Zakon za litsata i semeystvoto, v sila ot 10.09.1949 g., izm. - DV, br.120 ot 29 Dekemvri 2002g.].

Ивков, Б. (2005), Социалното изключване. За понятието „социално изключване“. - *Социологически проблеми*, 3-4, 2005. [Ivkov, B. (2005), Sotsialното izklyuchvane. Za ponyatiето „sotsialno izklyuchvane“. - Sotsiologicheski problemi, 3-4, 2005.].

Ивков, Б. (2012) Промоция на здравето - основни понятия и дефиниции. [Ivkov, B. (2012) Promotsia na zdraveto - osnovni ponyatia i definitsii]. (<https://bojidarivkov.wordpress.com/2012/11/01/%d0%bf%d1%80%d0%be%d0%bc%d0%be%d1%86%d0%b8%d1>

156

%8f-%d0%bd%d0%b0-%d0%b7%d0%b4%d1%80%d0%b0%d0%b2%d0%b5%d1%82%d0%be-%d0%be%d1%81%d0%bd%d0%be%d0%b2%d0%bd%d0%b8-%d0%bf%d0%be%d0%bd%d1%8f%d1%82%d0%b8/).

Йоргова, М. и др. (2011) Социално включване. В. Търново. [Yorgova, M. i dr. (2011) Sotsialno vkluchvane. V. Tarnovo].

Клим-Климашевска, А. (2003) Компетентност и лични качества на социалния работник. - В : Теория и практика на социалната работа. Проблеми и перспективи. София. [Klim-Klimashevska, A. (2003) Kompetentnost i lichni kachestva na sotsialnia rabotnik. - V: Teoria i praktika na sotsialnata rabota. Problemi i perspektivi. Sofia].

Кожухаров, Х., К. Тасков, И. Бончева (2015) - *Варненски медицински форум*, т. 4, бр. 2. [Kozuharov, H., K. Taskov, I. Boncheva (2015) - Varnenski meditsinski forum, t. 4, br. 2.].

Крофт, С., П. Бересфорд (1999) Как да се включим. София. [Kroft, S., P. Beresford (1999) Kak da se vkluchim. Sofia.].

Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, решение на МС на РБ № 467, 2015 г. [Konventsiyata na OON za pravata na horata s uvrezhdania, reshenie na MS na RB № 467, 2015 g.].

Конституция на Република България. (Обн., ДВ, бр. 56 от 13.07.1991 г., бр. 78 от 26.09.2006 г. - Решение № 7 на Конституционния съд от 2006 г., бр. 12 от

6.02.2007 г.). [Konstitutsia na Republika Bulgaria. (Obn., DV, br. 56 ot 13.07.1991 g., br. 78 ot 26.09.2006 g. - Reshenie № 7 na Konstitutsionnia sad ot 2006 g., br. 12 ot 6.02.2007 g.).].

Машонов, Н. (2011) Кратък курс по психиатрия за специалисти от социални служби, работещи в сферата на психичното здраве. - В: Живот в общността. Наръчник за професионалисти в организации за психосоциална рехабилитация. Сдружение „Човеколюбие“. Социални дейности, т. 104, 51-91, София. [Mashonov, N. (2011) Kratak kurs po psihiatria za spetsialisti ot sotsialni sluzhbi, raboteshti v sferata na psihichното здраве. - V: Zhivot v obshtnostta. Narachnik za profesionalisti v organizatsii za psihosotsialna rehabilitatsia. Sdruzhenie „Chovekolyubie“. Sotsialni deynosti, t. 104, 51-91, Sofia].

Механджийска, Г. (2017) Как помага клиничната социална работа: области и методи за интервенция. - *Е-списание социална работа*, брой 2, година V, София. [Mehandzhiyska, G. (2017) Kak pomaga klinichnata sotsialna rabota: oblasti i metodi za interventsia. - E-spisanie sotsialna rabota, broy 2, godina V, Sofia.].

Механджийска, Г. (2008) Методически проблеми на социалната работа с недоброволни клиенти. - *Педагогика*, 4, София. [Mehandzhiyska, G. (2008) Metodicheski problemi na sotsialnata rabota s nedobrovolni klienti. - Pedagogika, 4, Sofia].

Механджийска, Г. (2016) Помагащите отношения - същност и смисъл. - В : Социалният работник, клиентът, средата - във фокуса на методиката на социалните услуги. София. [Mehandzhiyska, G. (2016) Pomagashite otnoshenia - sashtnost i smisal. - V: Sotsialniyat работник, klientat, sredata - vav fokusa na metodikata na sotsialните услуги. Sofia.].

Милушева, Т. (2016), Ключови умения и техники за мотивиране, В: Социалният работник, клиентът, средата - във фокуса на методиката на социалните услуги, София. [Milusheva, T. (2016), Klyuchovi umenia i tehniky za motivirane,

157

V: Sotsialniyat работник, klientat, sredata - vav fokusa na metodikata na sotsialните услуги, Sofia.].

Нунев, С. (2009) Антидискриминационна и антипотискаща социална работа. Съвременна теория и практика. София. [Nunев, S. (2009) Antidiskriminatsionna i antipotiskashta sotsialna rabota. Savremenna teoria i praktika. Sofia.].

Правилник за прилагане на Закона за хората с увреждания - проект, изготвен на 22.02.2019 г. [Pravilnik za prilagane na Zakona za horata s uvrezhdania - projekt, izgotven na 22.02.2019 g].

Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания, в сила от 15.06.2018 г. [Pravilnik za prilagane na Zakona za integratsia na horata s uvrezhdania, v sila ot 15.06.2018 g.].

Сапунджиев, С., Г. Деянова (2015) Аспекти на стигматизацията при работа с лица с психични разстройства. - *Психологични изследвания*, бр. „Нагласи към различията и влиянието им върху обществените процеси“. [Sapunzhiev, S., G. Deyanova (2015) Aspekti na stigmatizatsiyata pri rabota s litsa s psihichni razstroystva. - Psihologichni izsledvania, br. „Naglas kam razlichiyata i vliyanieto im varhu obshtestvenite protsesi“.].

Сапунджиев, С. (2018) Професионална компетентност на клиничния социален работник по превенция на социалното изключване при лица с психични разстройства. - В: Пътища на професионализма в социалната работа. София. [Sapundzhiev, S. (2018) Profesionalna kompetentnost na klinichnia sotsialen rabotnik po preventsia na sotsialnoto izklyuchvane pri litsa s psihichni razstroystva. - V: Patishta na profesionalizma v sotsialnata rabota. Sofia].

Станчева-Попкостадинова, В., Р Якимова, Г. Хранов (2011) Живот в общността. Сборник на народния университет за психично здраве. Сдружение „Човеколюбие“.[Stancheva-Popkostadinova, V, R. Yakimova, G. Hranov (2011) Zhivot v obshtnostta. Sbornik na narodnia universitet za psihichno zdrave. Sdruzhenie „Chovekolyubie“].

Бизнесът губи от лошо психично здраве [Biznesat gubi ot losho psihichno zdrave]. <http://кожа.орг/%D0%B1%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B5%D1%81%D1%8A%D1%82-%D0%B3%D1%83%D0%B1%D0%B8-%D0%B5%D1%82-%D0%B5%D0%B5%D1%88%D0%B5-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%BE-%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B5/>, посетена на 19.06.2019г.

Acker G, D. Lawrence (2009) Social Work and Managed Care, Measuring Competence, Burnout, and Acker, G. M. & Lawrence, D. (Social work and managed care. *Journal of Social Work*, 9 (3), 269-283).

Ahmedani Brian K. (2011) Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. - *Journal of Social Work Values and Ethics*, Volume 8.

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn, text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, R., R. Wynne, and D. McDaid (2007) Housing and employment. in *Mental Health Policy and Practice Across Europe*, M. Knapp, et al., Editors, Open University Press: Buckingham.

158

Andlin-Sobocki, P., et al. (2005) Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol*, 1: p. 1-27.

Angermeyer, M. C. and H. Matschinger (2005) *The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis*. *Int J Soc Psychiatry*, 51(3): p. 276-84.

Anglin, D. M., B. G. Link, and J. C. Phelan (2006) *Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness*. *Psychiatr Serv.* 57(6): p. 857-62. Barry, M.,

C. Hallet (1998, *Social Exclusion and Social work*, Dorset. Burns, J. K. (2009) *Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability*.

Busza, J. (1999) Literature review: Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: Past successes and future priorities. *Population Council Horizons*.

Chisholm D., Johansson K. A., Reykar N., Megiddo I., Nigam A., Strand K.B., Colson A., Fekadu A., Verguet S. (2016) Universal health coverage for mental, neurological, and substance use disorders: an extended cost-effectiveness analysis In *Mental, neurological, and substance use disorders*, Patel V, editor; Chisholm D, editor; Dua T, editor; Laxminarayan R, editor; Medina-Mora ME, editor. (eds), pp 237-251. Washington, DC:

The World Bank

Corrigan, P. W. (2005) Changing stigma through contact. *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, 1, 614-625.

Corrigan and Watson (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness *World Psychiatry*, 1: 16-20.

Crisp AH et al (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*; 177: 4-7.

Disability Rights California, Definitions of Stigma and Discrimination, Mental Health Service Act 63.

Dressing, H. and H. J. Salize (2004) Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(10): p. 797-803. Fachdienst der Lebenshilfe (1995), Inclusion. Heft 2, Marburg.

First, M. B., Frances, A., & Pincus, H. (1997), *ADSM-IVTR handbook of differential diagnosis*. Washington, American Psychiatric Association.

Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster, Inc.

Graham Thornicroft¹, Diana Rose², & Aliya Kassam (2007) *Discrimination In Health Care Against People With Mental Illness* *International Review Of Psychiatry*, 19(2): 113-122.

Hugo, C. J., Boshoff, D.E.L., Traut, A., Zungu-Dirwayi, N., & Stein, D. J., (2003), Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 715-719. doi:10.1007/s00127-003-0695-3.

Irwin, K. (1981) *Stigma: A Social Psychological Analysis*.

Knapp, M. Hidden costs of mental illness. *Br J Psychiatry*, 183: p. 477-8. Lauber, C., Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal, *Epidemiol Psichiatr Soc*, 2008. 17(1): p. 10-3, 2003.

Letamo, G. The discriminatory attitudes of health workers against people living with HIV, 2005.

159

Livingston JD, Boyd J., Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*; 7: 2150-2161, 2010.

Müller, B., et al., *Mental illness, stigma and social support: A longitudinal approach*. *Social Science and Medicine*, 62: p. 39-49, 2006.

Parle, Siobhan How does stigma affect people with mental illness? *IN Nursing Times* Vol 108 No 28 / 10.07.12, 2012.

Robins, E., & Guze, S.B. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 983-986, 1970. Role Stress of Workers Providing Mental Health Services in a Managed Care Era, 2009. Rosch, E., & Mueller, S., Classification judgements: Restrictive conditions for the explanation stereotypes. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 9, 246-256, 1978. Shaw, J., et al., *Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey*. *British Medical Journal*, 328(7442): p. 734-7, 2004.

- Simpson, A.I., et al., *Homicide and mental illness in New Zealand*, Br J Psychiatry, 185: p. 394-8, 2004.
- Stephen P. Hinshaw and Andrea Stier, Stigma as Related to Mental Disorders, Annu. Rev. Clin. Psychol, 4:367-93, 2008
- Stigma, Discrimination and Mental Illness, Creating a mentally healthy community, p. 1-3, 2009.
- Taylor, P.J. and J. Gunn, *Homicides by people with mental illness: myth and reality*. Br J Psychiatry, 174: p. 9-14, 1999.
- UN. Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care. Adopted by the United Nations General Assembly resolution 46/119, 1991.
- Wolf, M., „Globalization and social exclusion: Some paradoxes“, In: Social Exclusion: Rhetoric Reality Responses, Geneva, 1994.
- Who-Wpa - Reducing Stigma And Discrimination Against Older People With Mental Disorders Geneva, 2002.
- Wittchen, H. U. and F. Jacobi, Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol, 15(4): p. 357-76, 2005.
- A review of the economic impact of mental illness <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29129189>, посетена на 19.06.2019 г.

Постъпила юни 2019 г.