

ДІЯЛЬНІСТЬ КЛУБНОГО ДОМУ м. КИЄВА ЯК ФОРМИ ГРОМАДСЬКОЇ ПСИХІАТРІЇ

Стаття містить результати дослідження розвитку діяльності Клубного дому м. Києва, проведеного в жовтні 1999 — квітні 2000 року. В ході проведення дослідження були ідентифіковані тарозв'язані практичні проблеми, які мали місце в Клубному домі. Були оцінені потреби досліджуваної групи; внесені зміни у практику.

У цивілізованому суспільстві охорона психічного здоров'я є одним з пріоритетних напрямків соціальної політики держави, а саме — охорони здоров'я. Психічне функціонування різних верств населення розглядається як індикатор соціально-економічної ситуації в суспільстві. Одним з найсерйозніших наслідків соціально-економічної кризи в Україні є "зниження рівня психічного здоров'я великих верств населення" [1]. В останні роки у всьому світі дедалі більше уваги вчених та практиків привертають питання соціальної реабілітації людей з проблемами психічного здоров'я. На реабілітаційний потенціал системи психіатричної служби впливає відсутність в Україні мережі установ, які б надавали послуги людям з проблемами психічного здоров'я саме в громаді. Найпоширенішою формою надання послуг людям з психічними проблемами в Україні є їх утримання на довгостроковому лікуванні у великих психіатричних лікарнях, де домінує патерналістське ставлення до пацієнта і біологічна модель лікування. Психологічні та соціальні проблеми особистості з психічним розладом залишаються на другому плані. В багатьох країнах до традиційних психіатричних лікарень додалася мережа служб на основі громади, однією з яких є Клубний дім (КД). Така форма громадської психіатрії визнана найефективнішою для здійснення соціальної реабілітації людей з проблемами психічного здоров'я [2, 3]. Проте ця форма громадської психіатрії є новою для України. Це обумовлює той факт, що в її функціонуванні виникають проблеми, пов'язані з недостатньою інформованістю щодо основних засад діяльності КД та браком досвіду роботи. Немає сумніву, що досвід подібних програм потребує спеціального вивчення та оцінки професіоналів. Саме тому дослідження було спрямоване на вивчення діяльності існуючої моделі КД і розроблення шляхів її вдосконалення.

Соціальну реабілітацію можна розуміти як допомогу людям з проблемами психічного здоров'я у розв'язанні соціальних проблем, з якими вони стикаються в суспільстві: соціальна ізоляція, стигматизація. Процес стигматизації хворих починається з моменту інформування про діагноз психічного розладу. До таких людей починають ставитись насторожено, чіпляють на них тавро "небезпечно". Поряд зі стигматизацією з'являється низка проблем, соціальних обмежень, які переживає хворий: втрата роботи, зменшення соціальної підтримки, відмова сексуального партнера, зниження соціального статусу [4, 5]. Перебуваючи у психіатричному стаціонарі, людина з проблемами психіки часто стикається зі зневагою, патерналізмом, ігноруванням її потреб і проблем [6]. Саме тому одним із завдань соціальної реабілітації людей з проблемами психічного здоров'я є інтеграція їх в суспільне життя. Дослідження підтверджують: негативну стигматизацію можна зменшити шляхом безпосереднього контакту між населенням та психічно хворими [7].

Більша інтеграція психіатрії в суспільство, невеликі психіатричні відділення при загальнопрофільних лікарнях, доповнених мережею закладів "напівдороги", орієнтація на психіатричні служби на основі громади створює обнадійливі перспективи соціальної психіатрії. "Соціальна психіатрія — частина загальної психіатрії, яка розуміє і лікує пацієнта в межах, а також разом з його соціальним оточенням". Так визначає термін Швейцарське товариство соціальної психіатрії, яке очолює доктор Л. Чомпі. Простіше кажучи, це робота з соціальними аспектами будь-якого психічного захворювання з позицій біопсихосоціального розуміння психіки [8].

За останні десятиліття соціальна психіатрія у всьому світі створила багато альтернатив повній госпіталізації, з'явилися досконаліші методи кризової інтервенції, реабілітації, групової та

сімейної терапії. Відомий німецький психіатр Muller С. казав: "Будь-яка нормальна, високоякісна психіатрія — це соціальна психіатрія" [9]. Сьогодні вже очевидно, що суто медична модель відійшла в минуле, і поступилась місцем вільнішому підходові, який включає психосоціальну орієнтацію, коли хворого розглядають як члена суспільства. Власне, при встановленні діагнозу враховується різноплановий підхід — четверта вісь американської класифікації DSM-IV: вісь — психосоціальні проблеми. Проте, оскільки стаціонарна психіатрія нездатна (і не повинна) задовольняти всі потреби людей, які мають проблеми психічного здоров'я, соціальна психіатрія існує і розвиває власну інфраструктуру, впливає на процеси в загальній психіатрії [10, 11].

Поряд з визначенням соціальної психіатрії в сучасних спеціалізованих виданнях зустрічаємо термін "громадська психіатрія", що може якоюсь мірою відображати практичний бік справи, тобто, це не тільки психіатрія з акцентом на децентралізацію допомоги і виведення її за межі великих лікарень у менш масштабне соціальне оточення з необхідним набором напівстаціонарних та амбулаторних ланок, громадська психіатрія тісно пов'язана з усіма діапазонами соціальних факторів (сім'я, житло, ситуація з роботою, економічна ситуація, соціокультурне середовище). Громадська психіатрія вирішує завдання кращого пристосування хворих, які мають проблеми психічного здоров'я, підвищення рівня їх соціального функціонування [12].

Завдяки розвитку громадської та соціальної психіатрії у багатьох країнах світу з'явилась можливість відмовитись від госпіталоцентризму, досягти вищого рівня соціальної адаптації хворих у загальну спільність. До традиційних лікарень (де кількість ліжок-місць постійно зменшується) додалися служби на основі громади, які забезпечують потреби хворих та їхніх родин [13, 14] в організації та запровадженні яких та саме догляду в громаді одну з провідних ролей зіграла соціальна робота. Соціальні працівники працюють у психіатричних лікарнях, службах, приватних клініках, резидентних центрах, центрах психічного здоров'я, адже психічні розлади і захворювання мають біопсихосоціальну природу і потребують комплексного підходу. Vass A. A. [15] вважає, що саме соціальна робота забезпечує основні послуги догляду в громаді, фахівці соціальної роботи попереджують можливість зловживання надлюдьми з проблемами психічного здоров'я, беруть участь в процесі реабілітації хворих, власне, організують допомогу на основі громади, працюють з хворими для них, а не над ними. Головним завданням соціальних працівників є допомога людям з проблемами

психічного здоров'я свідомо контролювати і покращувати особисті життєві ситуації з метою довгострокової профілактики проявів психічних розладів і поліпшення здоров'я [16].

Існує багато закладів громадської психіатрії: Центри зустрічей, Кризові центри, Транзитні будинки (забезпечують підтримку і надають притулок, не використовуючи медичних препаратів), гуртожитки, шелтерні будинки, групи захищеного проживання, групи за інтересами, творчі групи і майстерні. Вони намагаються виконувати інтегративні функції відповідно до інтересів клієнта, створити умови для подолання ізоляції, госпіталізму. Основну роль у цих закладах відіграє соціальна реабілітація, проводяться тренінги, індивідуальні консультації, які допомагають навчитися вести господарство, користуватися грошима, транспортом, телефоном, планувати вільний час тощо [17].

Однією із форм громадської психіатрії є Клубні доми (Clubhouse), або Будинки-фонтани (Fountain House), які були започатковані у США в 50-ті роки, і є клубами, де колишні пацієнти знаходять оточення, що нагадує домашнє. Члени цих Будинків-фонтанів спільно вирішують питання повсякденного життя: стосовно житла, медичного обслуговування, пільг, адвокатського захисту соціальних та інших прав членів КД [18].

Модель "Clubhouse" спеціально орієнтована на реабілітацію людей з проблемами психічного здоров'я, в яких втрачена соціальна адаптація. Вона побудована на трьох принципах: індивідуальне членство та участь у діяльності КД, співпраця з професіоналами (соціальними працівниками), бажання ділити владу з професіоналами і брати на себе певну частку відповідальності. Завдяки своїй універсальності модель була поширена в 80-ті роки за межами США. Нині у 20-ти країнах світу працюють 320 подібних організацій [19].

Всесвітньою спільнотою клубних домів розроблено Міжнародні стандарти для КД, які визначають основу якості роботи цієї моделі і включають такі пункти: членство, взаємовідносини, впорядкований робочий день, найми на роботу, проміжні найми, незалежні найми (модель КД дає можливість людям з проблемами психічного здоров'я повернутись до роботи, але не створює робочих місць), фінансування (КД розвиває і підтримує свій бюджет). У Міжнародних стандартах відображені функції КД: допомога в отриманні пільг, розвиток житлової програми, захист інтересів членів КД, індивідуальне консультування, підтримка, допомога в забезпеченні якісного медичного обслуговування, допомога в подоланні алкогольної та наркотичної залежності. КД може забезпечувати освіту

учасникам реабілітаційної програми як у сфері базових знань (грамотність, навички роботи на комп'ютері), так і в сфері вищого рівня освіти [20].

Модель КД спрямована на знищення бар'єрів суспільного упередження, залежності, ізоляції, які не дозволяють хворим громадянам брати участь у житті суспільства. Важливо, що між членами і персоналом КД встановлюються рівноправні стосунки — вони колеги, а не пацієнти і лікарі. Спільно вирішуються питання, пов'язані з діяльністю КД, завдяки чому користувачі отримують або відновлюють втрачене почуття власної значимості, соціальні навички, відчувають підтримку персоналу. Саме в цьому полягає інновація даної моделі соціальної реабілітації — в особливій ролі професіоналів, які працюють у такій програмі.

КД повністю виправдав себе як альтернатива стаціонарній психіатрії і в плані соціально-психологічної допомоги, і в плані фінансової рентабельності. Економічна ефективність такої реабілітаційної програми дозволяє на 70 % знизити витрати на дороге лікування в стаціонарі. В Fountain House (США) в 1996 році вартість денної програми складала 35 \$ на одного хворого, тоді як лікування в стаціонарі — 100 \$ на день [21]. Таким чином, переваги та широкі можливості КД сприяли їхньому поширенню.

На Україні також уже зроблено перші кроки по запровадженню психосоціальної реабілітації людям з проблемами психічного здоров'я за моделлю КД. На основі КД м.Києва було проведено дослідження, результати якого були використані для удосконалення, полегшення роботи КД, поширення його досвіду.

Дослідження проводилось на базі КД м. Києва протягом жовтня — квітня 1999—2000 року. Всього у ньому взяло участь 22 особи. Вони були поділені на дві групи, критеріями формування яких була приналежність до КД як персоналу або як користувачів послуг КД. Першу групу склали професіонали (всього 8 осіб): 2 лікарі-психіатри, 2 медичні сестри, 2 соціальних працівники, 2 волонтери. До другої входили користувачі послуг КД (всього 14 осіб) — люди з проблемами психічного здоров'я, з них хворіють на: шизофренію — 9 осіб (1 жінка), біполярний розлад — 2 особи (чоловіки), епілепсію — 1 особа (жінка), затримку розвитку — 2 особи (1 чоловік).

У даному дослідженні використовувалося дійове дослідження (action research), метод дуже близький до практики соціальної роботи. Головними складовими його є співпраця між дослідником і досліджуваними; ідентифікація та розв'язання практичних проблем, оцінювання потреб досліджуваної групи; внесення змін у практику, що, в свою чергу, вимагає спостереження

за їхньою ефективністю, передбачає моніторинг і оцінку [22]. Найбільш відповідав меті дослідження тип дійового дослідження, спрямований на надання користувачеві повноважень — тип імпауерменту (empowerment). Суть його полягає у наданні влади пригніченим групам суспільства, розвитку їхньої самоосвіти та самосвідомості (в даному разі під виразом "пригнічені групи суспільства" маються на увазі люди з проблемами психічного здоров'я). Застосовуючи цей принцип, необхідно було переконати членів КД в тому, що вони співпрацюють з дослідником як у визначенні спільних для них проблем, так і у виборі шляхів їх подолання.

За програмою дослідження було передбачено включене спостереження щоденної діяльності КД; аналіз щоденників КД, групові сфокусовані інтерв'ю окремо з користувачами КД і персоналом КД, вторинний аналіз анкет користувачів (анкетування проводилось персоналом КД в серпні—вересні 1999 року), проведення інформаційних тренінгів, індивідуальна робота з користувачами КД, продукування та виконання плану діяльності разом з користувачами та персоналом.

Дослідження проходило в 3 етапи. На першому етапі за допомогою включеного спостереження, групових сфокусованих інтерв'ю, вторинного аналізу анкет користувачів було визначено проблеми, які існували в КД. *Проблема користувачів* полягала у відсутності в них чіткого уявлення про дану модель соціальної реабілітації, про її особливості та можливості, у споживачській і пасивній налаштованості користувачів, пасивності щодо будь-яких нових пропозицій з боку персоналу та дослідника. Так, на запитання: "Що саме Ви сподіваєтесь отримати в КД (яку потребу задовольнити)?" користувачі відповідали, що "...розважатись і безкоштовно поїсти".

Користувачі КД не усвідомлювали своїх можливостей, не хотіли взяти на себе відповідальності й ділити владу з професіоналами. Так, відповідаючи на запитання "Хто, на Ваш погляд, має робити зміни в КД?", 7 респондентів з 14-ти зазначили, що робити зміни, працювати в КД мають професіонали: "А що ми можемо? Це суспільство повинно створювати такі Клуби, бо таким людям, як ми, треба допомагати". Або: "Це персонал має щось робити для нас, створювати умови, щоб ми не нервували".

Проблема персоналу, за оцінкою самого персоналу, на початку дослідження полягала у відсутності знань, недостатньому досвіді роботи в громадській психіатрії; малоінформованості

Це є основною рисою методу дійового дослідження (примітка автора).

щодо принципів і підходів громадської психіатрії та філософії роботи КД; відсутності цілісної моделі реабілітації, звуженому баченні спектру послуг КД.

Було виявлено, що недостатня поінформованість позначається на обмеженні послуг, функцій, які може запропонувати КД, впливає на розвиток невпевненості персоналу у своїх діях тощо.

На другому етапі дійового дослідження на основі висновків, зроблених після проведення фокус-груп з персоналом і користувачами КД, дослідник провів низку заходів (інформаційний тренінг, індивідуальна робота, робота по плануванню змін у діяльності КД та їх здійсненню разом тощо) для підвищення рівня інформованості, формування адекватних уявлень у персоналу та користувачів про потенціал КД, можливості користувачів і персоналу. Ці заходи сприяли прискоренню змін та переходу КД на новий етап розвитку і функціонування. Застосування вищезазначених форм втручання призвело до підвищення соціальної активності користувачів, усвідомлення ними своїх можливостей, розширення кола інтересів, зростання їхніх комунікативних навичок. Було виявлено різний рівень включеності й активності користувачів під час проведення тренінгу та планування змін у діяльності КД. Більшу активність проявляли ті, в кого рівень освіти був вищий.

Більшість користувачів, які брали участь у дослідженні, мали діагноз: шизофренія. Саме вони проявляли більшу активність та ініціативу. Проте користувачі з діагнозом "затримка розвитку" хоч і не завжди адекватно сприймали те, що відбувається, також прагнули до активної участі в діяльності КД так само, як і хворі на біполярний розлад. Це дозволило зробити припущення, що в програмі соціальної реабілітації КД можуть брати участь люди з широким спектром психіатричних діагнозів, тому модель соціальної реабілітації КД є універсальною.

Третім етапом дослідження було оцінювання наслідків втручання дослідника в діяльність КД за допомогою групових сфокусованих інтерв'ю. Зміни, які відбулися в КД за період дослідження, можна вважати позитивними.

Команда професіоналів прийшла до розуміння принципів концепції роботи КД, цінності рівноправних стосунків у КД, узгодила напрямки реабілітаційного процесу, створила програму роботи КД і почала її реалізовувати. Був напрацьований певний досвід роботи, за словами персоналу, в них з'явилась упевненість в своїх діях. В результаті втручання було розширено перелік послуг в КД, прийнято Статут, запроваджено членство, що свідчить про удосконалення роботи.

Емоційне забарвлення стосунків між персоналом і членами КД теж набуло дещо іншого характеру. За оцінкою персоналу, КД став згуртованішим, серед клієнтів розвивається колективізм, взаємодія; вони почали брати на себе відповідальність за певні моменти в роботі КД, почали усвідомлювати суть партнерських стосунків. Більшість професіоналів вважає, що у своїх стосунках з клієнтами вони пройшли етап кризи і тепер взаємини між ними стабілізувались, набули глибокого довірливого характеру.

Користувачі на 3-му етапі дослідження виявили досить високу поінформованість щодо суті, особливостей моделі соціальної реабілітації КД: змогли виділити такі принципи роботи КД, як добровільна участь, творча реалізація, взаємодопомога, цілісний підхід до особистості, рівність і співпраця з персоналом. З'явилося усвідомлення ними власних можливостей: вони почали брати участь у плануванні діяльності та брати на себе відповідальність за певні моменти в роботі КД, випускати газету, до якої самі придумали назву, емблему, входили до правління КД. Також слід зазначити, що залучення до діяльності КД людей з проблемами психічного здоров'я, за словами самих користувачів та записами в щоденнику КД, в цілому позитивно позначилось на стані здоров'я та соціального функціонування: так, під час весняного загострення хвороби цього року до психіатричної лікарні з 30 користувачів КД потрапило 5 чоловік, минулого року — 14.

Таким чином, дослідження розвитку діяльності моделі соціальної реабілітації людей з проблемами психічного здоров'я "КД" на прикладі КД м. Києва дозволило вивчити та описати особливості цього процесу, а також проаналізувати динаміку його змін внаслідок проведеного втручання. Результати дослідження продемонстрували зміни в уявленнях користувачів про КД та усвідомлення ними своїх можливостей та можливостей КД. При цьому залученість до діяльності КД сприяла встановленню емоційно значущих взаємин та стосунків з персоналом в КД, яких не вистачає у повсякденному житті. Було виявлено, що більшу активність проявляли користувачі, в яких рівень освіти був вищий. Результати дослідження також свідчать, що успішній діяльності та розвитку моделі КД сприяє цілеспрямоване інформування всіх учасників програми: і персоналу, і користувачів про особливості та можливості КД. Індивідуальна робота з користувачами з метою підвищення їхньої соціальної активності також підвищує ефективність діяльності КД. Вивчення етапів розвитку КД та значення його діяльності в соціальному функціонуванні людей з проблемами психічно-

го здоров'я дозволило обґрунтувати необхідність поширення даної моделі соціальної реабі-

літації людей з проблемами психічного здоров'я в Україні як нового виду соціальних послуг.

1. *Полтавець В. І., Грига І. М.* Зміни масової свідомості під час соціально-економічної кризи посткомуністичного суспільства (Україна 90-х років) // Наукові записки. Т. 1. Філософія та релігієзнавство.— К.: КМ Асадеміа, 1996.— С. 136.
2. *Гурович І. Я., Сторожак Я. А.* Соціальна психіатрія і соціальна робота в психіатрії // Соціальна і клінічна психіатрія.— 1999.— № 4.— С. 16.
3. *Донеико І. Е., Шашкова Т. С., Вещугина Т. С.* Реабілітація больних шизофренією в рамках моделі "Клубний дім" // Соціальна і клінічна психіатрія.— 2000.— № 1.— С. 40.
4. *Коцюбинський А. П., Бутіма Б. Г., Зайцев В. В.* Стигматизація і дестигматизація при психічних захворюваннях // Соціальна і клінічна психіатрія.— 1999.— Т. 9, № 3.— С. 9.
5. *Perkins R. E., Repper J. M.* Working Alongside People with Long Term Mental Health Problems.— London, 1996.— 225 p.
6. *Lawri S. M.* Стигматизація психічних розладів II Обзор современной психиатрии.— 1999.— № 3.— С. 7—9.
7. *Коцюбинський А. П., Бутіма Б. Г., Зайцев В. В.* Вказана праця.— 1999.— Т. 9, № 3.— С П .
8. *Чомпи Л.* Каким может быть будущее социальной психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия.— 1999 — Т. 9. Вып. 3.— С. 27.
9. Там само.
10. *Гурович І. Я., Сторожак Я. А.* Вказана праця.— С. 11.
11. *Гурович І. Я., Шмуклер А. Б., Немир'янський О. В.* Соціальна робота в психіатричних установах: Учебно-метод. посібник.— М., 1995.— 21 с.
12. *Окунькова Ю. А., Потапова В. А.* Об организации социальными работниками инструментальной социальной поддержки психически больных // Социальная и клиническая психиатрия.— 1999.— Т. 9, № 2.— С. 36—40.
13. *Чомпи Л.* Вказ. праця.— С. 28.
14. *Community Care: A Reader I* Bornat J., Pereira C, Pilgrim D., Williams F.— London: The Open University, 1993.— 346 p.
15. *Social Work Competences I* (Ed.) A. A. Vass.— London, 1999 — 226 p.
16. *Мартыненко А. В.* Медико-социальная работа: теория, технологии, образование.— М.: Наука, 1999.— С. 51.
17. *Новак П.* Реабилитация психически больных в Западной Германии: Ориентация на сообщество // Социальная и клиническая психиатрия.— 1999.— Т. 9, № 1.— С. 34—48.
18. *Доненко І. Е., Заярна О. П.* Клубный дом в России: опыт Благотворительного фонда "Душа человека" // Социальная и клиническая психиатрия.— 1995.— № 2.— С. 37—40.
19. *Доненко І. Е., Шашкова Т. С., Вещугина Т. С.* Вказана праця.— С. 41.
20. Международные стандарты для программы "Клубный дом" // Клубный дом: Информ. газета по проблемам социальной реабилитации душевнобольных.— 1998.— № 3.— С. 3—6.
21. *Торникрофт Г., Голдберг Д.* Общественное психиатрическое обслуживание: реальная картина / Пер. с англ.— К.: Сфера, 1999.— 32 с.
22. *Everitt A., Hardiker P.* Evaluating for Good Practice.— London: Macmillan, 1996.— P. 43.

Bondarenko N.

THE CLUBHOUSE MODEL AS A FORM OF PUBLIC PSYCHIATRY: AN EXAMPLE OF A CLUBHOUSE IN THE CITY OF KYIV

The article summarizes research that was aimed at the investigation of the development stages of the Clubhouse model and its meaning for the social functioning of people with mental health problems. The research took place in October 1999 — April 2000. Investigation gave a chance to study and describe the peculiarities of the development process for the first time as well as analyze the dynamics of its changes as a result of the intervention. Also the researcher proposed methods for the dissemination of the system of Clubhouses in Ukraine.