

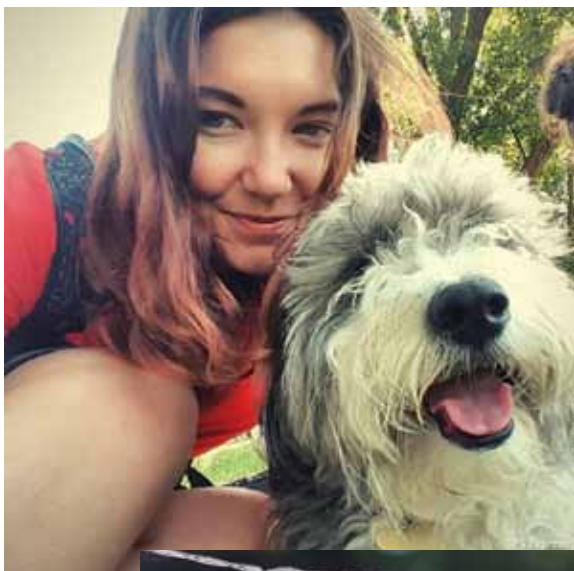


# ГОЛОСА

Социальный диалог на начальном этапе развития системы социальной поддержки людей с психическими заболеваниями на уровне местного сообщества



30 июня, 2020



**04** COVID -19. Назревает кризис в области психического здоровья

**05** Белорусские медики проводят опрос об отношении к COVID-19

**06** В белорусских школах внедряют модель, направленную на снижение конфликтов среди учащихся



**07** Как жить в эпидемии эмоций. Практический курс

**08** Изменения в законе «Об оказании психиатрической помощи»

**11** Проект по преодолению домашнего насилия. Приглашаем к участию



**12** Шизофрения и проблема «белых ворон»

**14** Как городская среда влияет на психическое здоровье

**16** Смех — бесплатное средство для снятия стресса



**17** Дневной центр по уходу за собаками. Социальный бизнес в области психического здоровья

**18** Творчество и психиатрия. История арт-терапии и арт-брюта

### **Уважаемые читатели, дорогие коллеги и друзья!**

С 2020 года журнал “Голоса” выходит в рамках проекта “Социальный диалог на начальном этапе развития системы социальной поддержки людей с психическими заболеваниями на уровне местного сообщества”.

#### **Задачи журнала “Голоса”**

- отразить взгляды экспертов и людей с психическими расстройствами на существующую проблему;
- показать международный опыт в области охраны психического здоровья, социальной реабилитации и адаптации людей, испытывающих проблемы с психическим здоровьем;
- способствовать изменению отношения к психическим заболеваниям и, следовательно, снижению уровня стигматизации и улучшению качества жизни людей с психическими заболеваниями и их родственников.

В нашем журнале мы хотим, чтобы прозвучали голоса, которые должны быть услышанными. Будь то голос человека, имеющего опыт психического заболевания, или голос близкого родственника/друга, находящегося рядом и в полной мере испытавшего те проблемы, которые несут в себе последствия психического заболевания и стигмы, а также голоса профессионалов, готовых поделиться своим опытом и мудрыми советами, или же просто голоса неравнодушных к проблеме людей.

Благодаря неравнодушию людей появляются новые формы работы, оказания помощи людям с психическими заболеваниями. На помощь приходят и гаджеты, без которых жизнь современного человека немислима. Расскажите нам о Вашей работе, мы с удовольствием напишем о новых проектах и инициативах. Также приглашаем людей, столкнувшихся со стигмой и дискриминацией, поделиться своей историей.

Елена Станиславчик,  
исполнительный директор

ОО “Белорусская ассоциация социальных работников”

### **Реальные люди и их личные истории**

Мы делимся жизненным опытом реальных людей, таких как вы или кто-то из ваших знакомых, их личной историей о пути к психическому здоровью и благополучию. Речь идет о том, чтобы поделиться знаниями, расширить наш с вами кругозор и опыт, вывести беседы о психическом здоровье из тени.

### **Профессиональная информация**

Мы включаем информацию и советы от ряда специалистов, которые делятся своими знаниями, опытом для лучшего понимания и подхода к ведению более осознанной и психически здоровой жизни. Приглашаем к сотрудничеству.

### **Актуальные новости**

Мы знаем, что существует много информации, поэтому нам нравится собирать ее в одном месте, выбирая актуальные новостные темы, методы, продукты и услуги, относящиеся к управлению психическим здоровьем, его улучшению и общему благополучию.

Архив журнала “Голоса”

2016 - 2018



## COVID -19. Назревает кризис в области психического здоровья

Эксперты предупреждают о надвигающемся, после пандемии Covid-19, кризисе в области психического здоровья.

По оценкам ВОЗ, во всем мире более 450 миллионов человек живут с психическими расстройствами. Психические, неврологические расстройства и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, составляют 10% глобального бремени болезней, треть всех людей с расстройствами психического здоровья никогда не обращались за лечением.

Эти статистические данные относятся к эпохе до COVID.

Голландский философ Чиаго Айдын описывает травму как нечто, что «нарушает» наше привычное и ожидаемое, что погружает людей в «состояние крайней растерянности и неопределенности». Именно это делала вспышка COVID-19 длительный период времени, усугубляя и без того мрачную ситуацию с психическим здоровьем во всем мире.

Пандемия характеризовалась растерянностью, страхом перед болезнью, смертью, экономическими потерями, сорвавшимися планами обучения и профессионального роста, одиночеством, беспокойством о близких, повсеместной неуверенностью и стойкостью человеческого духа. Сегодня устойчивая поддержка психического здоровья должна быть закреплена в социальных и политических мерах реагирования на пандемию. Это определит наше долгосрочное благополучие.

**Вот области, на которых стоит сосредоточиться:**

Важно выявить многочисленные



факторы стресса, вызванные пандемией, и подготовить рабочие места, школы, правительства и гражданское общество к преодолению этого кризиса.

### 1. Устранение стигмы.

Депрессия **затрагивает** около 264 миллионов человек во всем мире, самоубийство является второй по значимости **причиной** смерти молодых людей в возрасте от 15 до 29 лет. Сострадание и сочувствие должны быть вплетены во все службы, которые взаимодействуют с ними.

### 2. Правительство и политика.

Первый и один из самых простых способов борьбы с общенациональным кризисом — это расширение услуг в области психического здоровья, предлагаемых в настоящее время правительствами. Инклюзивные и сопереживающие системы охраны психического здоровья должны быть внедрены в политику общественного здравоохранения и полностью

профинансированы.

Большинство правительств уже запустили телефоны доверия и информационные кампании; тем не менее, их должно быть еще больше, поскольку растет число людей, которые обращаются за помощью. Применение телемедицинских технологий должно стать частью этого процесса. Правительства должны выделить бюджет на реабилитацию работников здравоохранения и других специалистов, работающих с коронавирусом, борющихся со стигмой и рискующих заразиться.

**3. Ресурсы.** По данным ООН, на здравоохранение для охраны психического здоровья страны **выделяют** менее 1% своего бюджета. Увеличив финансирование, правительства помогут привлечь внимание к теме психического здоровья и улучшить ситуацию в своих странах.

### 4. Специальные программы.

Половина китайских работников

здравоохранения сообщили, что страдают от депрессии; в Канаде этот показатель составил 47%.

Могут быть приняты меры для улучшения доступа к службам охраны психического здоровья, например, обучение работников первичной и первой медицинской помощи оказанию первой помощи в области психического здоровья. В Италии и Испании родители сообщили, что 77% детей испытывают проблемы с концентрацией внимания.

**Инициатива** индийского правительства предлагает психосоциальную поддержку учащимся, учителям и семьям для их психического здоровья и эмоционального благополучия.

#### Как улучшить услуги по охране психического здоровья:

**1. Телемедицина.** Использование потенциала телемедицины чрезвычайно важно для работников здравоохранения, которым необходима постоянная психосоциальная поддержка.

Важно признать, что национальные жесты благодарности служат положительным подкреплением, но необходимо принять более длительные меры для консультирования, выражения скорби и снятия напряжения прошлых месяцев. Телемедицина может помочь и одиноким пожилым людям.

**2. Сосредоточьтесь на сообществах с ограниченными ресурсами.** Использование радио, телевидения, рассылка информационных SMS поможет охватить людей, которые не могут получить доступ к терапии в Интернете или встретиться с консультантами в общественных местах.

**3. Изменения на рабочих местах.** В одном **опросе** 54% людей, которые потеряли работу во время пандемии или чей доход снизился, сообщили о негативном влиянии на их психическое здоровье. Системе стоит переориентироваться на новые финансовые реалии: должны быть предприняты попытки

помочь сотрудникам справиться с опасениями по поводу сокращения заработной платы и потери рабочих мест. Пандемия дает возможность формализовать приоритеты охраны психического здоровья и на рабочих местах. Признание важности психического здоровья работника и принятие сопутствующих мер могут стать частью политики охраны психического здоровья на рабочем месте. Организации, которые разработают эти основы на раннем этапе, будут определены как более ориентированные на сотрудников, нежели другие.

Пандемия изменила то, как мы реагируем на ситуации, и подчеркнула необходимость инноваций в предоставлении услуг в области психического здоровья. Сейчас пришло время правительствам подготовиться к длительным последствиям вспышки, обширных локаутов, болезней и изоляции.

По материалам:  
[www.weforum.org](http://www.weforum.org)

## Как COVID-19 повлиял на вашу жизнь?

### РНПЦ психического здоровья просит поучаствовать в опросе

Республиканский научно-практический центр психического здоровья проводит исследование о состоянии здоровья населения и его отношении к ситуации с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Опрос анонимный и добровольный. Исследование не носит коммерческий характер и проводится с научной, исследовательской целью.

Полученные в его ходе ответы

будут использованы исключительно в научных целях для разработки ответных мер на вспышку коронавирусной инфекции.

Принять участие можно по [ссылке](#).

Собранные мнения важны и окажут влияние на дальнейшее развитие мер по защите от вируса, подчеркивают специалисты РНПЦ.

Опрос о состоянии здоровья и отношении к ситуации с коронавирусной инфекцией COVID-19 займет около 15-20 минут.

В случае возникновения вопросов можно обратиться в РНПЦ психического здоровья

Координаторы проекта Шилова Оксана Владимировна, Волченко Алина Николаевна

8 017 380 23 97 (08.00-16.30)

Вайбер, WatsApp, Telegram +375 44 77 333 83 (08.00-16.30)

По материалам

[aif.by](http://aif.by)

## В белорусских школах будет внедрена модель, направленная на снижение конфликтов среди учащихся

В новом учебном году в ряде школ страны в рамках экспериментальной деятельности будет внедрена белорусская модель «Дружественная образовательная среда в учреждениях общего среднего образования», направленная на предотвращение буллинга, психического и физического насилия среди обучающихся.

Внедрение модели состоит из семи шагов и будет способствовать формированию ценностей взаимного уважения у учеников школ и установлению системы контроля за их соблюдением; включению в процесс профилактики насилия родителей, учителей, представителей местных органов власти.

Проект будет реализовываться при участии ментора — внештатного участника образовательного процесса. Такая позиция имеет преимущества, заключающиеся в доверительном взаимодействии с работниками, детьми и родителями, поскольку он непосредственно не включен в систему субординации и профессиональных отношений внутри школы, имеет возможность сохранять свежий взгляд на привычные для коллектива вещи.

Конечным результатом реализации модели является создание необходимых условий трансформации учреждений образования в психологически безопасное место. В будущем, школы, успешно реализовавшие все шаги программы, могут получить статус «дружественной школы/ гимназии/лицея/колледжа».

Онлайн-презентация белорусской модели состоялась в ходе круглого стола «Дружественная и поддерживающая среда в учреждениях общего среднего образования». Посмотреть презентацию можно по [ссылке](#).



— Аргументом в поддержку необходимости внедрения национальной модели, являющиеся обращения, поступившие в министерство после конфликтных ситуаций, — рассказал заместитель Министра образования Александр Кадлубай. — По ряду подобных случаев были созданы рабочие группы и комиссии, в составе которых принимали участие педагоги-психологи Республиканского центра психологической помощи. По результатам работы определено, что буллинг — это также одна из причин конфликтов.

Белорусская модель — результат научно-исследовательской работы по адаптации хорватской модели «Безопасная и поддерживающая среда в школах», проведенной Белорусским государственным педагогическим университетом

имени М.Танка в партнерстве с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и при финансовой поддержке фонда «Польская помощь» при Министерстве иностранных дел Республики Польша.

— *Сегодняшние подростки завтра станут взрослыми, — отметил Представитель ЮНИСЕФ в Беларуси Рашед Мустафа Сарвар. — Те модели поведения, которые им привили в детстве и то, что они видели вокруг, станет их поведением во взрослой жизни. Поэтому важно работать с детьми и подростками, решая проблему системно, используя инструменты медиации и восстановительного правосудия. Также очень важно участие общества, чтобы избежать стигматизации тех детей, которые стали агрессором или жертвой буллинга.*

Ознакомиться с опытом хорватской модели, теоретическими основаниями белорусской модели, аннотацией проекта «Дружественная и поддерживающая среда в учреждениях общего среднего образования», опытом апробации, и практическими аспектами белорусской модели вы можете на сайте ЮНИСЕФ в Беларуси в разделе «Материалы».

Имплементация модели начнется в 26 учреждениях общего среднего образования Беларуси с сентября 2020 года.

По материалам  
[unicef.by](http://unicef.by)



## Как жить в эпидемии эмоций? Идет запись на практический курс для взрослых.

**Школа эмоционального интеллекта** запускает практический курс для взрослых «Как жить в эпидемии эмоций?»

Курс будет полезен тем, кто хочет научиться справляться со стрессом, не дать тревоге, обиде, злости забирать силы и спокойно заниматься вопросами, требующими решения.

Презентация курса пройдет 1 и 8 июля (среда), в 20:00 на платформе Zoom. Регистрация открыта по [ссылке](#)

На вебинаре вы получите структурированную информацию, которая расширит представление об эмоциональном интеллекте, подскажет как вынырнуть из пучины стресса. Отдельный блок будет посвящен программе курса. Забегая вперед, отметим, что

— на занятиях будет вестись работа с ситуациями, проблемами, задачами, с которыми ежедневно сталкивается каждый взрослый.

— курс практикоориентированный, со встречами в онлайн и оффлайн-формате.

— поддержка и сопровождение психологов на протяжении всего курса.

— атмосфера принятия и понимания.

Жизнь в большом городе, да еще с COVID-19 заставляет нас ежедневно переживать эмоциональный шторм. Негатив вынуждает ходить по кругу. Вместо того, чтобы успокоиться, меньше переживать и адаптироваться, многие испытывают усталость, чувство вины, депрессию.



### Мы много знаем, но мало умеем

Все уже усвоили, что кричать на детей плохо. Но чтобы не кричать, одного этого знания недостаточно. Нужны навыки. Поэтому курс «Как жить в эпидемии эмоций» делает акцент на практику и рефлексия.

Любой навык — это новая нейросеть в мозге. Чтобы она сформировалась, взрослому надо от 3 до 5 месяцев тренировок.

Курс «Как жить в эпидемии эмоций?» рассчитан на 7 месяцев, во время которых мы будем нарабатывать новые нейроны и уживаться со своими эмоциями.

Как будет выглядеть работа:

**Теория.** Будем говорить откуда берутся эмоции, как они связаны с физическим состоянием.

**Практика.** Будем учиться понимать себя, тормозить разрушительные эмоции, активно слушать друг друга и правильно говорить о себе.

**Домашние задания.** Полученный материал будете прорабатывать дома: вместе с семьей, друзьями, коллегами.

**Обратная связь.** Тренер будет сопровождать вас все 7 месяцев, разбирать ситуации, находить ошибки и помогать их исправить.

### По итогу прохождения курса вы освоите 4 ценных навыка:

- понимать себя,
- осознавать эмоции и управлять ими,
- слушать других и говорить о себе.

— и делать все это так, чтобы перестать испытывать стыд, вину, раздражение за то, что эмоции порой берут верх.

Любая эпидемия закончится. Вопрос в том, с чем мы из нее выйдем и как быстро сможем адаптироваться к новым условиям.

Записаться на курс «Как жить в эпидемии эмоций?» и получить дополнительную информацию можно у [Галины Станилевич](#), руководителя Школы эмоционального интеллекта (Минск)

# Изменения в законе «Об оказании психиатрической помощи»

Виталий Павлоградский,

юрист Бюро социальной информации для людей с психическими заболеваниями

ОО «Белорусская ассоциация социальных работников»

Законом Республики Беларусь от 11.11.2019 № 255-3 внесены изменения в Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. N 349-З «Об оказании психиатрической помощи». Они вступили в силу с 24 мая 2020 года. Рассмотрим наиболее значимые изменения.

Из определения понятия «врач-специалист в области оказания психиатрической помощи» (ст. 1 Закона) исключены врачи-сексологи. Теперь «врач-специалист в области оказания психиатрической помощи» (далее - врач-специалист) — лицо, имеющее высшее медицинское образование с квалификацией «Врач-психиатр», «Врач-психотерапевт», «Врач-психоневролог», «Врач-нарколог», «Врач-психиатр-нарколог» либо прошедшее переподготовку на уровне высшего образования или клиническую ординатуру по специальности «Психиатрия», «Психотерапия», «Наркология», «Психиатрия-наркология» и в порядке, установленном законодательством, занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием психиатрической помощи».

**В ст. 1 Закона введен новый термин — заключительный диагноз психического расстройства (заболевания).**

Это диагноз, установленный врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией на основании сведений



о перенесенных ранее психических расстройствах (заболеваниях), результатов проведенных обследований и оценки состояния психического здоровья пациента.

**В термин «пациент» (ст. 1 Закона) введено слово «бездействие».**

Пациент — лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), лицо, чьи действия (бездействие) дают основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания), лицо, обратившееся за оказанием психиатрической помощи, лицо, получающее психиатрическую помощь.

**Изменяется содержание понятия «психиатрическая помощь».**

Из него исключен компонент сексологической помощи и добавлено слово «медицинская профилактика. Психиатрическая

помощь — специализированная медицинская помощь, в том числе психотерапевтическая, психоневрологическая, наркологическая, включающая в себя медицинскую профилактику, диагностику, лечение психических расстройств (заболеваний) и медицинскую реабилитацию пациентов.

**Из понятия «психическое расстройство (заболевание)» исключена фраза «подтвержденный диагнозом, установленным врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией».**

Психическое расстройство (заболевание) — состояние (заболевание), обусловленное расстройством психического здоровья человека вследствие нарушения функционирования



организма в результате воздействия биологических, физических, химических, психологических, социальных, иных факторов, характеризующееся психопатологическими и (или) поведенческими нарушениями и подтвержденное диагнозом, установленным врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией.

Установлено, что **диспансерное наблюдение теперь осуществляется не только** государственными психиатрическими организациями и иными государственными организациями здравоохранения, не являющимися психиатрическими организациями и оказывающими в порядке, установленном законодательством, психиатрическую помощь, **но и теперь — стационарными учреждениями социального обслуживания, учреждениями уголовно-исполнительной системы, в штате которых состоит врач-специалист** (ст. 4 Закона).

**Дополнено содержание государственной политики в области оказания психиатрической помощи.** Теперь она направлена на:

- создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья граждан;
- обеспечение равенства прав пациентов и защиты от стигматизации и дискриминации по признаку наличия психического расстройства (заболевания) (новое направление – прим. автора);
- создание условий для максимально полной интеграции лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), в общество (новое направление – прим. автора);
- формирование позитивного

общественного мнения в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), улучшение морально-психологического положения таких лиц в семье, коллективе, обществе;

— приоритетность мер профилактической направленности (ст. 13 Закона).

**Из перечня государственных гарантий лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), исключено содействие в трудоустройстве и введено содействие занятости** (содействие занятости инвалидов, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), осуществляется в соответствии с заключением медико-реабилитационной экспертной комиссии о характере и условиях труда, показанных инвалидам) (ст. 14 Закона).

**Изменен порядок установления диагноза психического расстройства (заболевания)** (ст. 15 Закона). При выявлении врачом иной специальности у пациента признаков психического расстройства (заболевания), которые представляют непосредственную опасность для его жизни и (или) здоровья, жизни и (или) здоровья иных лиц и которые требуют его направления к врачу-специалисту или на заседание врачебно-консультационной комиссии, такой пациент для установления заключительного диагноза психического расстройства (заболевания) направляется врачом иной специальности к врачу-специалисту или на заседание врачебно-консультационной комиссии с одновременным письменным уведомлением об этом врача-специалиста или врачебно-консультационной комиссии.

Если при оказании первичной медицинской помощи у лица выявлены признаки психического

расстройства (заболевания), которые не представляют непосредственной опасности для его жизни и (или) здоровья, жизни и (или) здоровья иных лиц и которые не требуют его направления к врачу-специалисту или на заседание врачебно-консультационной комиссии, по желанию такого лица ему может быть оказана медицинская помощь медицинским работником, оказывающим первичную медицинскую помощь населению, имеющим сертификат интернатуры по специальности “Общая врачебная практика” либо прошедшим переподготовку по специальности “Общая врачебная практика” с присвоением квалификации “Врач общей практики” или обучение в клинической ординатуре по специальности “Общая врачебная практика” (далее - врач общей практики). Такая медицинская помощь оказывается в объеме, установленном Министерством здравоохранения, и на основании клинических протоколов оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах в общей медицинской практике, утвержденных Министерством здравоохранения.

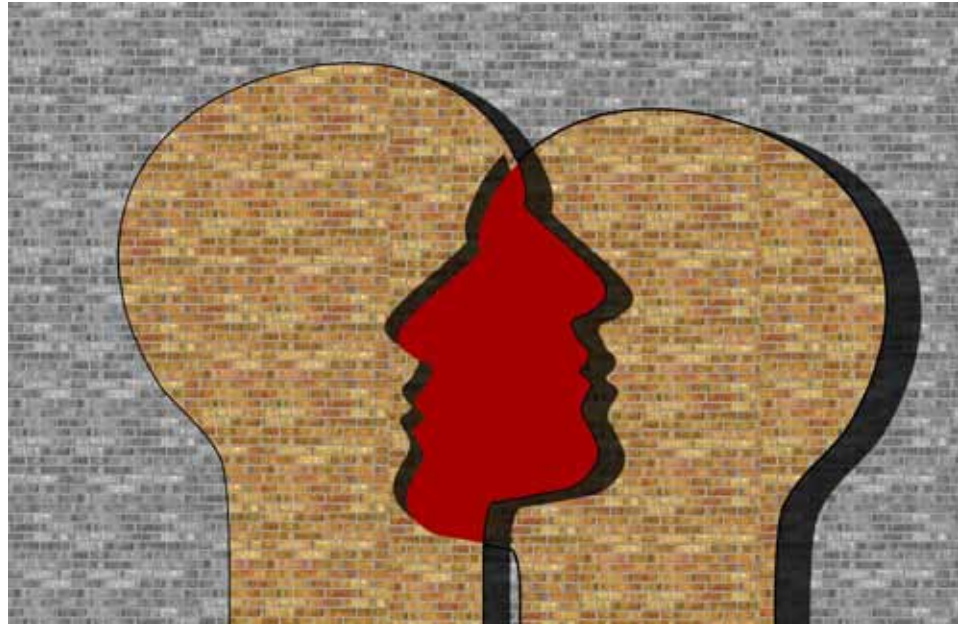
Заключение врача общей практики о состоянии психического здоровья лица, указанного в части четвертой настоящей статьи, носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и свобод.

**Дополнено регулирование оказания скорой психиатрической помощи.** При транспортировке пациента, которому оказывается экстренная психиатрическая помощь, по решению медицинского работника, оказывающего такую помощь, к пациенту могут быть применены меры физического стеснения только в случаях,

формах и только на период времени, когда иными мерами невозможно предотвратить действия (бездействие) пациента, представляющие непосредственную опасность для него и (или) иных лиц. Меры физического стеснения применяются под постоянным контролем медицинского работника, оказывающего экстренную психиатрическую помощь. Сведения о формах, основаниях и времени начала и окончания применения мер физического стеснения оформляются записью в медицинских документах. (ст. 19 Закона).

**В понятие “неотложная психиатрическая помощь” введена фраза “и (или) иных лиц”.** Неотложная психиатрическая помощь оказывается при внезапном возникновении у пациента психических расстройств (заболеваний) и (или) обострении хронических психических расстройств (заболеваний) без явных признаков угрозы для жизни пациента и (или) иных лиц, которые требуют неотложного медицинского вмешательства. (ст. 19 Закона).

**Кардинально изменено содержание ст. 23 Закона “Ограничения к выполнению отдельных видов работ”.** Если ранее Лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной психиатрической организации могло быть временно (на срок не более пяти лет с правом последующего психиатрического освидетельствования) признано непригодным к выполнению работ по отдельным специальностям (профессиям), к работе с источником повышенной опасности, то теперь лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), являющимся



медицинским противопоказанием к выполнению работ с вредными и (или) опасными условиями труда или работ, где в соответствии с законодательством есть необходимость в профессиональном отборе, может быть признано непригодным к выполнению таких работ в порядке, установленном законодательством.

**Теперь психиатрическое освидетельствование проводится в амбулаторных или стационарных условиях врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией в целях установления наличия либо отсутствия у пациента не просто диагноза, а заключительного диагноза психического расстройства (заболевания), определения его нуждаемости в оказании психиатрической помощи, а также рассмотрения вопроса о формах и условиях оказания психиатрической помощи.** По результатам психиатрического освидетельствования выносится заключение, которое может быть обжаловано пациентом, в отношении которого оно вынесено, либо его законным представителем в порядке, установленном

законодательными актами (ст. 29 Закона).

**Дополнены основания для принудительного психиатрического освидетельствования:**

- заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования и санкция прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования — в случаях, когда действия (бездействие) лица дают основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания), которое обуславливает его беспомощность либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью или здоровью окружающих в случае оставления без психиатрической помощи, если за лицом не установлено диспансерное наблюдение, лицо не признано в установленном законом порядке недееспособным;
- заключение врача-специалиста государственной организации

здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования — в случаях, когда действия (бездействие) лица дают основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания), которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц.

**Дополнены основания оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях** (ст. 32 Закона). Оно будет осуществляться с согласия пациента или его законного представителя, за исключением оказания такой помощи на основании определения (постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения, а также на основании заключения врачебно-консультационной комиссии об установлении диспансерного наблюдения в соответствии со статьей 33 Закона.

**Детализирован порядок проведения диспансерного наблюдения** (ст. 33 Закона). Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется с согласия пациента или его законного представителя, за исключением оказания такой помощи на основании определения

(постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения, а также на основании заключения врачебно-консультационной комиссии об установлении диспансерного наблюдения в соответствии со статьей 33 настоящего Закона.

**Дополнена ст. 35 Закона “Меры по обеспечению безопасности при оказании психиатрической помощи в стационарных условиях”.** При оказании пациенту экстренной психиатрической помощи в стационарных условиях не в психиатрическом стационаре и отсутствии возможности его перевода в психиатрический стационар решение о применении к такому пациенту мер физического стеснения и (или) изоляции может быть принято врачом иной специальности в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации только в случаях, формах и только на период времени, когда иными мерами невозможно предотвратить действия (бездействие) пациента, представляющие непосредственную опасность для него и (или) иных лиц. Сведения о формах, основаниях и времени начала и окончания применения мер физического стеснения и (или) изоляции оформляются записью в медицинских документах.

**Уточнен порядок госпитализации в психиатрический стационар (ст. 37 Закона).** Врач-специалист, установив, что лицу, находящемуся в состоянии, указанном в части второй статьи 36 Закона, а также лицу, которому оказывается экстренная психиатрическая помощь, оказание психиатрической помощи возможно только в стационарных условиях, принимает решение о необходимости их госпитализации, о чем делает соответствующую запись в медицинских документах. Данное решение является основанием для нахождения пациента в психиатрическом стационаре до психиатрического освидетельствования врачебно-консультационной комиссией.

**Дополнены права пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре** (ст. 40 Закона). Помимо телефона, можно пользоваться компьютерной, аудио-, видеотехникой, иными оборудованием, средствами и устройствами. Но, как и ранее, данные права могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или руководителем психиатрического стационара в случае, если их осуществление представляет непосредственную опасность для этих пациентов и (или) иных лиц.

## Проект по преодолению домашнего насилия “Невыносимое: гнев и насилие”

Активисты (вне) психиатрической платформы “Галасы” и сотрудники Минского Клубного дома “Открытая душа” запускают проект “Невыносимое: гнев и насилие”, направленный против домашнего насилия, одного из факторов развития ментальных расстройств. Жертвами домашнего насилия становятся женщины и мужчины, небинарные люди. Часто им говорят: «Не выноси сор из избы». Вернуть право голоса — меньше, что мы можем сделать. **К участию в проекте приглашают людей, готовых рассказать свою историю, а также специалистов по домашнему насилию.**

Связь с организаторами: [Вконтакте](#) или [Facebook](#)

+37525 768 71 24 (Viber и telegram) Instagram @pavel\_lotvin эл. почта nepavelp@gmail.com



## Шизофрения и проблема «белых ворон»

Я — Паша, и у меня расстройство шизофренического спектра, код диагноза в карточке периодически уточняется, но всегда относится именно к шизофреническому спектру. В принципе, по симптомам это шизофрения, но почему-то я встречаю активное противодействие со стороны врачей в вопросе «а почему в медкарточке стоит другой код диагноза?», хотя они обычно соглашаются, что «да, у вас де-факто шизофрения, но ставить мы вам ее не будем». Понятия не имею, с чем это связано.

В первый раз, когда я в 18 лет обратился к врачам, мне поставили шизотипическое расстройство.

В принципе, его можно было поставить еще в детстве. По внешним проявлениям оно сильно пересекается с синдромом Аспергера (это такая разновидность аутизма). По складу мышления, по поведению я довольно близок к аутистам. И, в общем-то, то, что люди с аутизмом говорят про себя, про нейроразнообразие и т.д. часто можно переносить и на людей с расстройствами шизофренического спектра.

Когда я был совсем ребенком, мне было абсолютно непонятно как люди друг с другом взаимодействуют. Как устроено общение, как устроен small talk (болтовня), как нужно шутить, что вообще такое юмор, как вообще устроены негласные соглашения в общении людей. Будучи подростком, я читал руководства по адаптации к социуму для людей с аутизмом и синдромом Аспергера и мне, пусть я человек шизоидного склада, очень многие вещи оттуда серьезно помогли. А, сейчас, когда прошло уже много лет с тех пор, я вижу, что там расписаны



совершенно банальные, простые, очевидные вещи. Например, там объясняется, как понять, что люди говорят с иронией или сарказмом, как реагировать на подколы, когда обижаться на них, когда нет. Это было расписано буквально с азов, многие вообще удивляются, что кому-то нужно объяснять настолько очевидные вещи. Теперь удивляюсь и я, но когда-то я вообще ничего не понимал даже в тех азах.

Эти методички/руководства есть, например, на сайте <https://aspergers.ru/>. Самое интересное из прочтенного — это «Совладание: руководство по выживанию для людей с синдромом Аспергера» Марка Сегара.

В школе я был полнейшим изгоем. У нас была жесткая иерархия, травля, направленная на людей, которые «не вписываются». Я был на большой дистанции от людей и не учился даже многим базовым видам взаимодействия, а уходил в воображаемые абстрактные мирки. Преподаватели не были обучены и/или не были заинтересованы в том, чтобы эту иерархию как-то ломать,

да часто и сами участвовали в том, что происходило.

Один из положительных моментов того, что сейчас довольно сильно продвигают тему детского аутизма, инклюзивного образования (например, школ, где аутисты и не-аутисты учатся вместе), нейроразнообразия и вообще diversity в том, что описанная выше иерархичность немного ломается и перестраивается, и травля необычных людей в школах или на рабочих местах становится несколько меньше.

Когда я поступил в Лицей БГУ, где атмосфера куда более доброжелательная, в наследство от школы у меня были симптомы посттравматического стрессового расстройства.

И я далеко не один, у кого расстройства, свойственные участникам боевых действий, развиваются во время обучения в школах. Даже среди знакомых такие есть. Вдобавок постепенно усиливались симптомы, свойственные шизотипическому

расстройству и шизофрении, что позже привело к развернутому психозу.

Когда среда стала менее агрессивной, появилось больше желаний и возможностей учиться социальным взаимодействиям. Приходилось компенсировать недостаток интуиции аналитическими схемами, учиться строить в голове какие-то упрощенные модели человеческой психологии, пытаться просчитывать, как в принципе устроена чья-то психика. Приходилось обучаться этому чуть ли не по учебнику.

Мне, как и многим людям с такой ориентированностью на науку, не очень нравится ходить строем. И мне не очень нравится просто мимикрировать под среду, под других людей в ней: когда люди социализируются, они скорее пытаются понять, что нормально для новой среды и пытаются имитировать эту “норму”, не сильно стремясь понять, чем эта “норма” обусловлена. Я видел и вижу большую несправедливость того, как устроено наше общество и не хочу вписываться в него теперь почти исключительно поэтому. В то же время я хотел понять хотя бы азы того, как устроено общение между людьми, почему я должен вести себя так, а не иначе. Немного читал психологии, немного книг вроде “Эгоистичного гена” Ричарда Докинза (эта книга о теории эволюции и о том, как ей обусловлено поведение людей, альтруизм и эгоизм; а еще оттуда пошло слово “мем”). Почему-то это упорядочивало в голове вполне конкретный опыт неудач и удач в социальных взаимодействиях, хоть это вроде как научные теории.

Нормальной болтовне я так толком и не научился, каким бы важным навыком способность к ней не выглядела. Во время разговоров я обычно гружу людей абстрактными

рассуждениями, схемами. Общий язык нахожу в основном с людьми, у которых интересы направлены в сторону чего-то научного, технического, в сторону искусства. Мне вполне этого хватает.

Описанное, наверное, формально не совсем дискриминация, но по факту это она. Вопрос тут даже не в том, что мне может как-то помешать наличие у меня психического расстройства в медицинской карточке, и не в правовых вопросах, с этим связанным (это, безусловно, есть, но не это первично), а со склонностью людей с такими расстройствами или особенностями психики автоматически становиться изгоями, белыми воронами просто на уровне интуиции других людей, даже если о наличии у них того или иного диагноза другие люди не знают.

Первоначально написано для проекта Human Constanta “[Open your eyes: no room for discrimination](#)”. Часть представленных историй имели отношение к ЛГБТК, а к ним отношения не имею: говорил именно о шизофрении и связанных с ней проблемах в социализации. но мне кажется, у проблемы дискриминации, непонимания и “не вписывания в коллектив” есть общие корни для всех “белых ворон”.

У меня есть давно написанный рассказ на эту тему:

#### **Трагические судьбы гадких утят**

*Жил-был один гадкий утенок. Ну, по правде говоря, никаким утенком он не был, да и гадким был уж точно куда меньше остальных, но о том, что он гадкий и о том, что он утенок, ему постоянно твердили окружающие, и основой для сомнения наш герой не видел. Да что там говорить, он и близко не мог допустить даже мысли о том, что этот порядок вещей неправильный и*

*не догадывался о своей сути: огромном потенциале прекрасного лебедя. Не догадывался и так никогда и не догадался, ровно как и не догадались окружающие: “утенка” успели сломать раньше, чем он присоединился к остальным лебедям. так что наш утенок попал в сумасшедший дом, где и провел остаток своей полной боли жизни в овощном состоянии, напичканный нейролептиками первого поколения — современные препараты утки-врачи признавать отказывались.*

*Другому же утенку повезло больше: он успел превратиться в лебедя до того, как случилась катастрофа, но все равно сошел с ума. Остаток жизни его мучили кошмары и воспоминания о прошлом, и свою прекрасно-лебединую жизнь он прожил, сидя на препаратах и борясь с обострениями.*

*А еще один утенок был в курсе оригинальной истории про гадкого утенка и тоже любил лебедей. Он уже был готов к преображению в прекрасного лебедя, вот только оказалось, что не лебедь он никакой, а и правда гадкий утенок с мегаломанией. В сумасшедший дом его отправили уже сами лебеди: многие из них в душе оказались не такими уж и прекрасными, а заносчивыми лебедями-снобами, презирающими чужаков. И они совсем не любили, когда к ним примазывались всякие *untervogel*.*

Познакомиться с творчеством Паши и узнать, где можно приобрести его книгу “В основном без рифмы” можно по [ссылке](#)

Вы также можете **поддержать** Клубный дом “Открытая душа”, социальную службу реабилитации людей с психическими заболеваниями, членом которой являюсь Паша. Служба работает только благодаря пожертвованиям.

# Как городская среда влияет на психическое здоровье

Как грамотное городское планирование может усилить стрессоустойчивость и уменьшить вероятность развития психических заболеваний.

## Много шума, мало покоя и безопасности

Горожане имеют почти на 40% более высокий риск развития депрессии, более чем на 20% чаще сельских жителей страдают от тревожных расстройств и имеют вдвое больше шансов на развития шизофрении. Всё это без учёта одиночества, изоляции и стресса, свойственных жителям больших городов.

С ростом урбанизации всё больше людей чувствуют влияние факторов риска, возникающих в городской социальной или физической среде. Это усиливает стресс, который, в свою очередь, влияет на психическое, а затем и на физическое здоровье. Центр городского дизайна и психического здоровья выделяет **три причины, которые влияют на развитие ментальных расстройств у городских жителей.**

**1. Факторы, повлиявшие на переезд в большой город.** Многие люди мигрируют в поисках более качественных услуг, экономических и социальных возможностей, для дистанцирования от негативного опыта. Повысить риск развития психических заболеваний могут такие факторы переезда, как бедность, безработица, бездомность, проблемы с физическим и психическим здоровьем, перенесённые травмы, личные кризисы, распад семьи, зависимость и вынужденная иммиграция.



**2. Социальные факторы.** В условиях городской жизни люди часто сталкиваются с социальным расслоением по уровню дохода, национальности, физическому и психическому здоровью. Так появляются неблагополучные районы с высоким уровнем преступности и социальными проблемами. Это вызывает чувство безнадежности и способствует ухудшению психического здоровья взрослых и детей.

**3. Факторы окружающей среды.** Городские условия обеспечивают человеку сенсорную перегрузку, при этом защитные механизмы часто не работают или недоступны.

**Сенсорная перегрузка** — это повышенный уровень различных стимулов, с которыми мы ежедневно сталкиваемся в городской среде: шум, скученность, неприятные запахи, мусор, обилие рекламы, толпы туристов и так далее. Такая интенсивность приводит к неспособности справляться даже с повседневными делами и развитию

дистресса. Это негативный тип стресса, с которым организм не в силах справиться: он подрывает здоровье человека и может привести к тяжёлым заболеваниям. Со временем добавляются другие негативные проявления — от ухудшения физического самочувствия до социальной изоляции, тревоги и депрессии.

Центр городского дизайна и психического здоровья на основе мировых исследований в этой сфере разработал набор принципов под названием «Mind the GAPS» (green, active, pro-social, safe places) для внедрения их в городские проекты по всему миру.

**Озеленение.** Про важность зелёных пространств сейчас известно, наверное, всем. Возьмём, к примеру, известное исследование Роджера Ульриха, в котором он выявил связь темпов выздоровления пациентов после удаления жёлчного пузыря и вида



из больничного окна. Те, кто из окна палаты видели природный пейзаж, выздоравливали быстрее тех, кто смотрел на бетонные стены и асфальт.

Эти исследования заложили основу **теории снижения стресса**, созданной Ульрихом. Она утверждает, что рассматривание природных пейзажей с водой и зеленью вызывает положительные эмоции, интерес, удовольствие и спокойствие, а также помогает восстановить нервную систему, уменьшая состояние «боевой готовности» после пережитого стресса.

Согласно **теории биофилии**, созданной Эдвардом Уилсоном, у человека имеется биологическая потребность во взаимодействии с природой, по этой же причине



люди заводят домашних питомцев. Любопытно, что кросс-культурные эксперименты выявили тягу людей из разных стран мира к пейзажам африканских саванн, где деревья с толстыми стволами и широкими низкими кронами растут небольшими раскиданными по местности рошицами.

Когда говорят об озеленении, то речь идет не только о парках и скверах, но и о деревьях и кустах на пути ежедневного следования людей. Это перекликается с **теорией восстановления внимания**. Согласно ей, ежедневно мы тратим много сил для

концентрации внимания как на рутинных делах вроде перехода дороги на светофоре, так и на рабочих задачах. Переключение на природу помогает восстановить эти ресурсы и «перезагрузить» нервную систему. Также многочисленные исследования доказали, что в зелёных городских районах ниже уровень агрессии и преступности, а люди чувствуют себя счастливее и защищённее.

Важно отметить, что зелёные пространства не должны выглядеть заброшенными и небезопасными. Стоит добавить несколько слов и о **пользе синего цвета**, а именно моря и неба. Так, в 2018 году Лондонский королевский колледж опубликовал исследование про положительное влияние синих пространств на снижение дистресса и улучшение психоэмоционального состояния.

**Пространства для физической активности.** Регулярные физические упражнения так же эффективны, как и антидепрессанты, для лечения лёгкой и умеренной депрессии. Упражнения улучшают самооценку и самочувствие, снижают беспокойство, стресс, некоторые симптомы СДВГ, деменции и даже шизофрении. Физическая активность помогает бороться с увеличением веса, связанным с некоторыми распространёнными антипсихотическими препаратами, снижая риск сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.

Физические упражнения увеличивают уровень эндорфинов, в частности серотонина, что улучшает настроение, память, умственные способности. Занятия спортом улучшают сон и повышают устойчивость к стрессу. К тому же, общественные зоны для активных занятий способствуют социализации.



### Просоциальные пространства.

Речь идёт о создании удобной и безопасной среды для взаимодействия с людьми. Это могут быть скамейки в парке, столы для настольных игр, городские огороды и так далее. Стоит привлекать все группы населения, включая мигрантов, стариков и молодёжь, людей с инвалидностью, как для активного, так и для пассивного участия.

**Безопасная среда.** Чувство безопасности является неотъемлемой частью психического здоровья и благополучия людей. Городские опасности включают в себя дорожное движение, загрязнение воздуха, почвы, воды, агрессивное поведение других людей. Важное значение имеют надлежащее уличное освещение и видеонаблюдение, понятные указатели, чёткая планировка, выполнение ремонтных работ в нужном месте и в нужное время. У людей, живущих в городе, должно быть чувство свободы действий и выбора.

Четыре принципа не могут существовать отдельно друг от друга, применяться в отдельных районах одного города и существовать отдельно от других социальных сфер.

Полный текст можно прочесть на сайте [prostranstvo.media](http://prostranstvo.media)

## Смех — бесплатное средство для снятия стресса

Философ и психолог Уильям Джеймс говорил: «Мы не смеемся, потому что мы счастливы, мы счастливы, потому что мы смеемся». Как он заметил более века назад, смех помогает нам чувствовать себя хорошо.

Смех вызывает множество физических и эмоциональных изменений в организме, которые помогают телу выделять дофамин, окситоцин и эндорфины — «счастливые химикаты».

Это снижает уровень стресса и создает расслабляющий эффект. Мы получаем больше кислорода, который стимулирует наши внутренние органы, укрепляет иммунную систему, и даже увеличивает терпимость к боли.

Психолог и гипнотерапевт Лесли Лайл говорит: «Одна из основных функций смеха заключается в том, что он снимает стресс. Это объясняет, почему некоторые люди инстинктивно смеются, когда слышат плохие новости».

Как мы можем воспользоваться этим удивительным лекарством и привнести больше юмора в жизнь?

**1. Возьмите за правило больше смеяться.** Примите осознанное решение больше смеяться и представьте себе результат — жизнь, наполненную весельем, легкомыслием и игривостью. Вы обнаружите, что ваш внутренний ребенок выходит чаще, и появляется пространство для смеха. Лесли говорит: «Это можно сделать разными способами, например, за просмотром комедии или игрой с друзьями / детьми / домашними животными.



Смех можно запланировать на занятиях йогой смеха, где он целенаправленно вызывается с помощью специальных групповых упражнений».

**2. Определите, что вас смешит.** Составьте список того, что действительно заставляет вас смеяться! Создайте свою «аптечку юмора», наполнив ее шутками, вырезками из комиксов, любимыми комедиями, веселыми играми, которые заставят вас посмеяться в сложные времена.

**3. Найдите время для развлечений.** Планируйте встречи с друзьями, устройте вечер комедий или начните посещать еженедельную группу йоги смеха. Относитесь к этому как к походу к врачу — даже если вам не хочется никуда идти и ничего делать, вы знаете, что это заставит вас чувствовать себя лучше.

**4. Не бойтесь выглядеть глупо, несолидно.** Отпустите своего внутреннего ребенка, наслаждайтесь моментами. Спуститесь с холма, проверьте, сколько зефира сможете уместить

во рту или попрыгайте на батуте. Скажите «да» следующему костюмированному приглашению и бросьте себе вызов выйти за пределы своей зоны комфорта.

**5. Ведите дневник смеха.** Размышление о том, что вызвало улыбку на наших лицах, — прекрасный способ вновь пережить эти моменты. Сама память о чем-то, что заставило нас смеяться, может заставить нас смеяться снова! Возьмите блокнот и начинайте записывать каждый раз, когда вы смеетесь.

**6. Помогайте смеяться другим.** Поднятие духа других людей — самый быстрый способ поднять свой собственный. Не нужно быть комиком, чтобы рассмешить людей. Часто достаточно создать благоприятную для веселья среду: предложите настольную игру, вспомните анекдот или как дурачились. Ваша легкость и игривое настроение напомнят окружающим, что в любых ситуациях можно найти юмор.

По материалам

[happiful.com](http://happiful.com)

## Дневной центр по уходу за собаками. Социальный бизнес в области психического здоровья

Социальное предприятие **Paws and Pause** — единственный в Лондоне социально-ответственный дневной центр по уходу за собаками, предоставляющий опыт работы людям, которые выздоравливают после проблем с психическим здоровьем. Центр предлагает терапевтическую среду, в которой можно приобрести практические навыки и обрести уверенность в себе, чтобы вновь начать работать.

Бизнес открыли в июне 2019 года две девушки: Грейс и Джоди. Создание подобного Центра было их мечтой, т.к. в Лондоне нет достаточного количества мест для ухода за собаками премиум-класса.

«Джоди и я разделяем любовь к собакам. Мы всегда любили и заботились о них, поэтому знаем, какое положительное влияние они могут оказать на людей», — говорит Грейс.

«Собаки никогда не судят, они помогают чувствовать себя спокойнее. Когда мы обсуждали идеи для бизнеса, то хотели объединить любовь к собакам с чем-то, что имело бы реальный социальный эффект. Дневной центр по уходу за собаками, который помогает людям развить навыки трудоустройства и вернуться к работе, стал идеальной комбинацией».

Paws and Pause — это место, где каждый щенок может поиграть и провести весело время. Здесь имеется опыт ухода за всеми породами собак. Для хозяев день прибывания питомца в Центре обойдется в 32 фунта. За дополнительные 5 фунтов собаку заберут и привезут сотрудники.



«Клиенты знают, что их собаки находятся в хороших руках, также они видят изменения в наших стажерах и понимают, что бронирование дневного ухода за питомцем в нашем Центре помогает изменить жизнь людей».

*С начала работы с Paws& Pause я прошел обучение по оказанию первой помощи собаке, разработал профильные листы для всех наших клиентов и выпустил первый информационный бюллетень. Недавно я начал тренироваться, чтобы стать наставником, и начал работать с одним из моих коллег-добровольцев; наставничество — отличный способ привлечь волонтеров, так как мы можем делиться и использовать свой опыт, чтобы общаться друг с другом. Во*

*время пандемии я смог удаленно поработать над руководством для волонтеров, чтобы помочь им раскрыть их потенциал, развить личные и профессиональные навыки.*

*Хотя последние несколько лет я не работал, я научился управлять своим психическим здоровьем и укрепил свою уверенность в качестве волонтера. Я приобрел много навыков, которые сыграли важную роль в том, чтобы помочь мне реализовать и применить их в рабочей среде, и я с нетерпением жду развития карьеры и помощи другим людям в раскрытии своих способностей и достижении своих амбиций. (Джо, стажер)*

По материалам  
[brixtonblog.com](https://brixtonblog.com)



## Творчество и психиатрия. История арт-терапии и арт-брюта

Творчество и психическое здоровье. Или такое понятие, как арт-брют, девиантное искусство, искусство отверженных. Откуда эти термины? Как они появились? И как все это относится к терапии творчеством и терапии искусством?

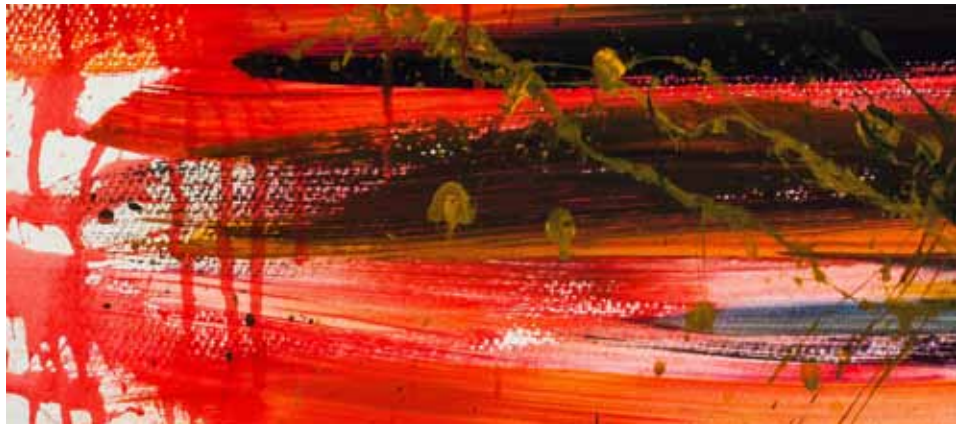
История арт-терапии и история арт-брюта имеют общие корни. В Европе в 1872-1888 годах публикуют работы французских психиатров А. Тардиена и П.М. Симона, посвященные творчеству людей с психическими заболеваниями. В 1901 году французский психиатр Марсель Рей отмечает сходство в изображениях своих пациентов, детей и художников-примитивистов.

В то же время психиатры Ясперс и Крепелин подтверждают, что рисунки пациентов помогают понять природу их психопатологии.

В 1908 году описан первый в Европе рисуночный тест для психологических целей. В том же году в Российской империи врач-терапевт И.А. Яроцкий выделяет набор психотерапевтических принципов «аретерапии», направленных на вдохновение людей средствами искусства, творчества и наслаждения от природы.

В 1913 году невролог В.М. Бехтеров создает комитет по изучению музыкально-терапевтических эффектов. Его исследования, а также исследования И.М. Догель, С.И. Констрорум, С.С. Корсакова, И.М. Сеченова, И.Р. Тарханова Г.И. Шипулиной, В.С. Шараджан выделяют положительное влияние музыки на сердечно-сосудистую, двигательную, центральную нервную системы человека.

Бехтеров предлагает ввести либропсихотерапию, а Мясищев



— библиотерапию. Не допустите ошибки: библиотерапия не имеет ничего общего с религией, в то время о религии вообще не говорится, а речь идёт о медицинском применении чтения художественной литературы.

Между тем, основатель культурно-исторического подхода в психологии Лев Семенович Выготский пишет свою книгу «Психология искусства», в которой выражает мысль, что экспрессивное искусство и творчество являются отличным средством направления энергии, наиболее конструктивного принятия самых разрушительных аспектов нашей личности, способствующее развитию способности к сопереживанию и личности в целом.

В Европе, в 1926 году, искусствовед и будущий психиатр Г. Принцхорн начинает собирать коллекцию «искусства отверженных» или «девиантного искусства». В то время «искусством отверженных» еще называют работы людей, не имеющих формального художественного образования. Тем не менее, коллекция Принцхорна в основном состоит из работ людей с психиатрическими диагнозами, которые проходят лечение в клинике, где он проходит практику.

Далее в развитии арт-терапии участвуют английский художник Адриан Хилл, а также Эдит Крамер и Маргарет Наумбург. Однако их взгляды на арт-терапию и её деятельность различаются. Адриан Хилл считает, что рисование, как и другие формы творчества, помогает человеку просто отвлечься от своих забот и сосредоточиться на другом, что облегчает реабилитацию. Наумбург и Крамер утверждают, что арт-терапия помогает увидеть, выявить внутренние конфликты и проработать их сначала в метафорической форме через искусство, а затем расшифровать эти метафоры и применить полученный, усвоенный опыт в повседневной жизни.

В 1941 году в Европе Ирен и Гилберт Чампернены основывают в собственном поместье психиатрическую клинику, которая отличается от всех предыдущих. Здесь множество мастерских для творческих занятий: гончарного дела, изобразительного искусства, музыки, поэзии. Царит атмосфера дружбы. Деятельность клиники привлекает внимание общественности в 1940-х и 1960-х годах и сильно влияет на тогдашних психологов и художников.

Параллельно идет следующий процесс: художественное сообщество отмечает, что творчество людей с психиатрическими диагнозами очень часто напоминает творчество сюрреалистов, авангардистов, абстракционистов и примитивистов.

Благодаря этому расцветает анализ результатов деятельности или анализ результатов творческой деятельности, становясь одним из популярных критериев диагностики заболеваний и расстройств. Сегодня этот метод не является официально приемлемым и достаточным для постановки диагноза.

В своей книге 1960-х годов «Мир искусства» искусствовед Артур Данто, пишет, что искусство может рассматриваться как что-либо, признанное в искусстве другими художниками, сообществом. И вот мы подходим к тому моменту, когда приходит великий философ Мишель Фуко и заявляет, что в таком случае постановка психиатрического диагноза превращает психиатрию в пенитенциарную систему или иерархическую систему, где мы снова играем с нашим авторитетом, властью, и в силу фаворитизма выбираем, кто будет считаться художником, а кто нет.

Артур Данто начинает рассуждать, почему и как художники делают свой выбор в отношении того, что представляет собой искусство. Он привлекает в свою теорию Гегеля («ЗА ЧТО?») мысль, что искусство представляет собой воплощенный смысл, а соответственно, художник должен очень хорошо понимать, что он делает. Однако насколько уверенно мы можем сказать, что наша оценка того, ведает ли автор, что он творит, верна?

Любительский эксперимент великого психиатра и психотерапевта Виктора Франкла, проведенный в 1960-х годах, показывает, что не всегда оценка даже будущих

психиатров, не говоря уже о широкой публике, верна.

Тот факт, что кто-то в обществе ставит клеймо на человека, который является творцом, художником, философом, кем бы то ни было, не является медицинским проявлением заботы, а скорее той самой игрой силы и власти, попыткой унижить другого человека, потому что мы его не понимаем. И снова Мишель Фуко подчеркивает, что это — проявление нашего внутреннего желания дискриминировать других, тех, кто отличается от нас.

Связаны не творчество и психические расстройства, но связана способность творчества действительно помогать в лечении других людей, людей с психическими и физическими проблемами. Например, сублимировать наш психологический дискомфорт. Стоит смотреть и узнавать такие вещи, потому что у каждого из нас случаются моменты в жизни, когда больно, когда неприятно — и что-то нужно с этим делать. Также в арт-терапии проявляется использование метафор, которые потом анализируются в отношении к реальности. Отсюда исходит нарративная психология. Адриан Хилл и Яроцкий также заметили способность отвлекаться от боли и забот через творчество. Все это было проверено и доказано, опубликованы исследования, в том числе обзор контролируемых клинических испытаний эффективности арт-терапии. Именно в них в простейшей современной научной парадигме, доказано, что арт-терапия эффективна. Применяя ее методы, вы можете помочь себе и другим пережить как психологический дискомфорт, так и физическую боль. Об этом говорят рандомизированные контролируемые клинические

испытания, обзор которых был опубликован в 2014 году, что является почти уровнем метаанализа. А также клиническое испытание Шелла 2017 года.

Вам не нужен диагноз, чтобы быть творцом, и диагноз не ограничивает вашу креативность. Если человек, у которого есть психологические проблемы, на своем примере показывает, что он может из них выйти, что он способен созидать и наполнять мир чем-то прекрасным. Или не обязательно прекрасным, ведь существует и “темное искусство”, и когда человек им занят, это также может быть признаком сублимации: если у него есть эта боль, это страдание, это желание уничтожить всех, он идет и становится режиссером, снимает фильм ужасов или пишет книгу. Ему удастся найти способ направить свои темные идеи, ужасные, разрушительные. Это называется творческим приспособлением. И это одна из целей психотерапии — найти собственное творческое приспособление, куда направить агрессию, чтобы не вредить себе и не вредить другим.

Не обязательно, кстати, что-то создавать самому, вы можете быть человеком, который воспринимает само искусство — читает книги, смотрит фильмы, слушает музыку — и благодаря искусствотерапии чувствует себя лучше.

Чтобы быть творцом, не нужно иметь расстройство. Достаточно иметь желание, некоторую внутреннюю тягу - и достаточно отваги, чтобы делать что-то.

Автор статьи

Е. Ковалёнок-Глуховская,  
медицинский психолог, арт-терапевт,  
член ЕЕАТА.

**Общественная организация  
«Белорусская ассоциация социальных работников»**

[www.basw-ngo.by](http://www.basw-ngo.by) [www.belbsi.by](http://www.belbsi.by)

ОО БАСР создана в 1996 году, с 1998 года является членом Международной федерации социальных работников.

Цель ОО БАСР — консолидация усилий, направленных на достижение физического, психического и социального благополучия уязвимых групп населения, развитие профессиональной социальной работы и реабилитации.

Целевые группы:

- Специалисты, работающие в социальных службах всех форм собственности
- Социально-уязвимые категории населения как целевые группы отдельных проектов

Программы ОО БАСР

[Клубный дом для людей с психическими заболеваниями](#)

[Минский Университет третьего возраста](#)

[Центр поддержки инициатив в области психического здоровья](#)

[Бюро социальной информации \(БСИ\)](#)

**Программы ОО БАСР в области охраны психического здоровья реализуются на благотворительной основе и работают благодаря поддержке неравнодушных людей.**

## **ПОДДЕРЖИТЕ НАС**

**Поддержать можно через систему ЕРИП**

**Абоненты А1 могут поддержать проект:**

- 1) Через USSD-запрос \*222\*20#, выбрав сумму 2, 5 или 10 рублей и подтвердив запрос.
- 2) Через SMS на короткий номер 1920. Сумма пожертвования является фиксированной и составляет 2 рубля. Количество SMS не ограничено.
- 3) Через приложение A1 banking (с использованием средств банковской карты, а также баланса абонентского номера-логина в приложении A1 banking). Для этого нужно зайти в раздел «Добро» → выбрать «Бел. ассоциация соцработников» → Благотворительный взнос → Указать ФИО → сумму и одобрить платеж.

## **Наши контакты**

[lawyer@belbsi.by](mailto:lawyer@belbsi.by) для вопросов, касающихся прав людей с психическими заболеваниями

[pr@basw-ngo.by](mailto:pr@basw-ngo.by) для специалистов, желающих разместить свои материалы в журнале

или на сайте [stopstigma.by](http://stopstigma.by)

**Горячая линия по вопросам реализации прав людей с психическими  
заболеваниями (бесплатные юридические консультации)**

+375 44 579 20 50

**МИНСК 2020**