

# ПОЛИТИКА И ПСИХИЧНО ЗДРАВЬЕ

ДВЕРСНЯ №16





**дВЕРСИЯ №16**

**ПОЛИТИКА  
И ПСИХИЧНО  
ЗДРАВЕ**

## **dВЕРСИЯ №16 ПОЛИТИКА И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ**

*Редакция и съставителство:* Петър Банков, Иван Бакалов,  
Нега Генова, Станислав Догов, Калина Дренска

*Оформление и корица:* Боряна Красиминова

*Изображение на корицата:* [www.rawpixel.com](http://www.rawpixel.com)

*Автори:* Евгения Георзака, Феликс Диаз, Ина Димитрова, Калина  
Зафирова, Татяна Йотова, Глория Костадинова, Мирослав Мишич,  
Лора Младенова, Йоана Павлова, Таня Рейтман-Маринчешка,  
Габриела Танасан, Марк Фишър

dВЕРСИЯ, 2024  
[info@dversia.net](mailto:info@dversia.net)  
<http://dversia.net>

Печатница: Симолини  
ISSN: 2367-8690

# ПОЛИТИКА И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

ЗВЕРСИНА №16





# Съдържание

- 007 **Уводни гуми**
- 015 **Самозастъпничество в полето на психичното здраве: четири случая** Ина Димитрова, Габриела Танасан, Мирослав Мишич и Евгения Георзака
- 049 **Какво значи да живееш с психично заболяване в България или твой близък да страда от такова?** анонимно свидетелство
- 055 **Как хората (не) приеха моята диагноза за биполарно разстройство?** Глория Костагинова
- 067 **„Трябва да се отнеме властта на психиатъра“.** Щрихи от българската психиатрия едно интервю
- 083 **Подкрепа по време на суицидна криза: Как да бъдем го тези, които страгат** Калина Зафирова
- 113 **Най-съвършеният танц** Татяна Йотова
- 115 **Психичното здраве: от тема табу до мода** Йоана Павлова
- 135 **Реалности и хоризонти за психиатричната реформа и реформата в сферата на уврежданията в България: някои наблюдения отвън** Феликс Диаз
- 157 **Трето око** Татяна Йотова
- 161 **„Не е луг, който яде баницата...“ Легалните възможности за пристрастяване, създавани и възпроизвеждани от корпоративния капитализъм** Лора Младенова
- 191 **Приватизацията на стреса** Марк Фишър; превод: Петър Банков
- 211 **Неолиберални неволи и психично здраве** Таня Рейтан-Маринчешка
- 241 **Библиография**
- 257 **Участници в броя**



# Уводни думи

Както при всички наши издания през вече почти десетгодишната история на колектива ни, работата и по този брой бе водена най-вече от импулса за политизация. Темата за психичното здраве в отношението ù към политиката е плодотворна по редица причини, въпреки – или може би именно поради – тенденциозното ù заглушаване в общественото поле в България (а и не само).

От една страна бихме могли да кажем, че настоящото индивидуализиращо отношение към проблемите на психиката и психичното здраве е тясно свързано с либерални визии за човека и отношението му към социалната среда, при което утвърждаването на границата между публично и частно пространство е неизменна част от формирането на тази идея за човека. Докато публичната сфера е сцена на политическо действие от страна на рационални субекти, чиито актове са видими и обясними, отношенията в дома, например, често са отнасяни към частното пространство. Към това

частно пространство спада обаче и всичко, отнасящо се до емоционалните преживявания на отделния човек, които по дефиниция са приемани за аполитични. И така, колкото и свидетелства да откриваме около нас за социално-икономическите предпоставки за състояния като тревожност, безсъние или депресия, те все пак в огромна част от случаите биват поначало отнасяни към сферата на личното и индивидуалното. Отговорността за справянето с тези преживявания се поставя отново и отново върху семейната единица или върху отделния човек, от когото се очаква като един барон Мюнхаузен сам себе си да изтегли от тунята на отчаянието, независимо от това какво се случва в заобикалящия го свят.

От друга страна и едновременно с този индивидуализиращ подход, както ни указват трудовете на философи като Мишел Фуко, отношението към „анормалните“ или към определяните като „луди“ винаги е основополагащо за формирането на онова, което се приема за „нормално“. Тези процеси на изграждане на нормалността са поначало социално-политически, а не някаква естествена даденост. Границите между нормално и анормално, между това, което принадлежи към „вътрешността“ на нормата и онова, което следва да бъде изхвърлено извън нея, непрекъснато се преговорят и чертаят посредством конкретни социално-материални практики на включване и изключване, санкциониране и дисциплиниране, описване и категоризация, изправяне и реабилитация. Медицината, психиатрията, правото, образованието – всички тези места на производство на знание участват в изграждането на такива норми. Затова, колкото и стабилна да ни се струва собствената

ни принадлежност към нормата и нормалността, тази ни принадлежност винаги зависи пряко от това, че други са отлъчени от нея.

Същевременно в съпоставката между „нормално“ и „анормално“ можем да открием отразена същността на обществените отношения, определящи условията, в които живеем. Необузданата форма на капитализъм, която беше утвърдена в България през последните десетилетия, отдавна създаде прекомерни неравенства в достъпа до възможности за развитие на съзидателните сили на личността. Оправдаването и утвърждаването на съществуващите неравенства имат нужда от разкази, които да ги представят като естествени, т.е. нормални. В този смисъл режимът за управление на психичното здраве – от (липсата на) диагностика през (липсата на) лечение до (липсата на) рехабилитационна грижа – представлява важна брънка в утвърждаването на капиталистическия ред, защото засяга пряко въпроса за нормалността. Така например в капитализма човешкото достойнство не е универсал, а е функция на ролята във възпроизводството на съществуващия ред. Затова нормалността на работник или работничка с нарушена трудоспособност се оспорва институционално и социално през психиатричния режим. Също така се счита за нормално отговорността за психиатричната грижа да е частна, т.е. способността за справяне с предизвикателствата да е неравномерно разпределена. По този начин неравенствата пораядат нови неравенства, затвърждавайки тази основополагаща за капиталистическото общество тенденция.

Една от целите на настоящия брой е да разгледа темата за психичното здраве като комплексен социален и политиче-

ски феномен, който е винаги в отношение с други обществени процеси. Ужасяващите случаи от последните години, при които пациенти в психиатричните болници във Варна и Ловеч изгоряха живи, след като са били оставени завързани в изолатор в продължение на часове, са ярко свидетелство за това как дехуманизиращото отношение към психично болните хора в тези гържавни заведения се преплита с хроничния недостиг, нищетата и обезкървяване на структурите за здравно и социално подпомагане на всяко едно ниво в страната.

Така например, въпросът за психичното здраве е тясно свързан с този за бездомността. Макар за България да липсва статистика за връзката между бездомност и психични заболявания, бихме могли да почерпим такива данни от други страни. Във Великобритания например, 80% от хората, живеещи на улицата през 2014 г., страдат от някакъв вид психичен проблем, като 45% от тях живеят с психиатрична диагноза, а разпространението на психични заболявания като шизофрения, голямо депресивно разстройство или биполарно разстройство е в пъти по-широко в тази група хора, отколкото в обществото като цяло – поне 25-30% (Mental Health Foundation, 2024). Според мащабно проучване, публикувано през 2024 г. от изследователи в университета Калгари и представящо обзор на вече съществуващи медицински изследвания от 1980-те години насам, между 66% и 75% от бездомните хора са с психично заболяване (Johnston, 2024).

Бихме могли да посочим и много други феномени, при които икономическото и социално потисничество произвеждат психични страдания или играят роля за усилването на уязвимости – от медицинализацията и патологията на транс хората до зачестяването на състояния като

burnout, тревожност и депресия, които са характерни за късния капитализъм. В този смисъл е възможно да приемем и обратния подход – не само да проучваме как психичната норма и отклонение се дефинират в обществото, но и да се питаме какво става с обществото през призмата на психичните преживявания и страдания. 2013 г. се помни като годината на масовите антиправителствени протести, но от публичното съзнание някак погрозително са сякаш изтрпители съпътстващите вълни на самозапалвания. Тогава медици, анализатори и улични демонстрации открито говореха за отчаянието, но сякаш по-силен остана гласът на Психолога – индивидуализиращ, с разказ за случаите поотделно и без контекст. Така неминуемо забравата потуши всички страсти, без да обработим и осмислим политическото значение на подобни изрази на отчаяние и съпротива, смесени в едно.

Историята на мисленето и третирането на психичното страдание е дълга и сложна, но познаването ѝ е необходимо условие за успех в проекта за политизиране на психичното здраве. За това ни помагат Йоана Павлова, която прави кратък обзор на развитието на мисленето и грижата за психичното здраве в България, както и Таня Рейтан-Маринчешка, която очертава ролята на доминиращата днес социално-икономическа доктрина – неолиберализма – за състоянието на психичното здраве и начините, по които мислим за него. Предлагаме на българската публика също и превод на статията от Марк Фишър, в която той ребром се залавя с връзките между политическия и психичния живот, за да назове как например „медикаментираната индивиду-

ална депресия“ не е нещо „естествено“, а продукт на доминиращия ред, справянето с който е залог на самото преодоляване на съществуващата система. По подобен начин и Лора Младенова се задълбочава в едни по-фини измерения на психичното здраве – зависимостите, които са необходима част от политикономията на късния капитализъм и които всъщност значително отслабват съпротивителните сили на психиката ни.

В броя се фокусираме още, от една страна, върху критични занимания с българската психиатрична институция като често единствено и същевременно репресивно, дисциплиниращо и дефицитно място на „подкрепа“ за хора с психиатрични диагнози в страната. Това е фокусът на интервюто ни със специалист в сферата на психиатричната грижа, пожелал анонимност, както и на текста на Феликс Диаз, който ни предоставя „някои наблюдения отвън“ върху психиатричната реформа и реформата в сферата на уврежданията в България. Използвайки изразните средства на стихотворната форма, Татяна Йотова обогатява критичния анализ на реалността, като ни прави съпричастни към ключови измерения от същността на проблема, включително страх, изолация, агресия и самота. От друга страна се стремим критичният поглед върху тези институции да бъде съпроводен и от гравивен импулс в опит да допринесем за изграждането на пространство за диалог с хора, живеещи с психично страдание и психиатрични диагнози, както и с техните близки. Една съществена част от текстовете в броя са написани от хора, които вземат гумата, за да опишат какво значи да живееш с дадено психично заболяване и какво им се иска другите да знаят за него. Такива са при-

носителите на Глория Костадинова, Калина Зафирова и на жена, пожелала анонимност в качеството ѝ на майка на страдащ от параноична шизофрения син. Описвайки мотивацията си да споделят така директно и публично свои често болезнени преживявания, те посочват не само необходимостта от борба със стигмата, но и желанието за овластяване и изграждане на мрежа от солидарност.

Макар в броя да не вземаме категорична страна в често поляризиращия дебат „за“ и „против“ институционализирането на психичната грижа като цяло, за нас е ясно, че настоящият модел на институционална подкрепа в България е не просто силно компрометиран, ами вреден, а понякога дори убийствен за хората, които разчитат на нея. Убедени сме в необходимостта колективно да измисляме и изграждаме алтернативни начини за социализиране на грижата. Тоест, грижата за всеки един от нас, независимо дали става дума за човек, който страда от психично разстройство или който е уязвим по друг начин, трябва да бъде превърната в нещо, за което носим отговорност като общество и което извършваме като общество. Това следва да стане, като се премахнат оковите на затворническия модел в психиатрията, но и като не се допуска затварянето на грижата в семейството. Настоятелните искания за коренна реформа в сферата трябва още да бъдат съпроводени от опити за изграждане на социално движение, което да бъде водено от хора с психични заболявания и от техните близки, които сами да определят какво значи да живееш пълноценен и достоен живот.

Съществена част от това дългосрочно начинание е, смятаме, изграждането на колективно знание за различни-

те начини, по които страдаме от психични разстройства и заболявания, но и от институционалните дефицити и форми на потисничество, които ги усилват и съ-произвеждат. Като при всяка друга политическа мобилизация, и това движение ще има нужда от създаване на инвентар от ресурси и пространства, които биха могли да бъдат мобилизирани, както и от набирането на потенциални съюзници. В този смисъл приносът на Ина Димитрова, Габриела Танасан, Мирослав Мишич и Евгения Георгака, които разказват за различни модели на овластяване и самозастъпничество в сферата на психичното здраве в България, Сърбия, Гърция и Румъния, предоставя както убедителен разрез на слабоизвестната действителност на психиатричната грижа в четирите балкански страни, така и ресурс, към който ще се връщаме занаяг в опитите за изграждане такива движения. Този брой вижда себе си като само един елемент от належащото начинание за формиране на такoва движение. Надяваме се той да бъде приет като покана за продължаване на един възможно най-широк и еманципиращ разговор за това как си представяме равенството и политическата трансформация от гледна точка на искането за психично здраве и благополучие за всички.

# Самозастъпничество в полето на психичното здраве: четири случая

**ИНА ДИМИТРОВА, ГАБРИЕЛА ТАНАСАН,  
МИРОСЛАВ МИШИЧ, ЕВГЕНИЯ ГЕОРГАКА**

Активизмът в полето на психичното здраве има много действащи лица, но струва ми се, че без съмнение можем да кажем, че мобилизациите, чийто залог е възможността да чуем гласовете на самите хора с психиатрични диагнози и те да участват във вземането на решенията, които ги засягат, са най-ключовият и най-трансформативен момент в исторически план. В такъв смисъл ще се използва думите „самозастъпничество“ и „самопомощ“ в този текст, както и фразата „инициативи/мобилизации, израстащи отдолу“.\*

В това поле гласовете и историите, идващи „отдолу“, отдавна опитват да си проправят път сред доминиращите наративи, като психиатричният, разбира се, е основният конкурент, често разглеждан чисто и просто като враг.

\* Такива организации се приемат за легитимно ръководени от потребители (user-led), ако в управлението им потребителите са повече от половината.

Съпротивата срещу и критиката към него е централна задача на този тип активизъм и съответните мобилизации приемат множество форми, които по един или друг начин демонстрират легитимността и значимостта на разказите от първо лице или на т.нар. опитно знание (*experiential knowledge*) и преживелищен опит (*lived experience*). Тази стратегия е близка до активизмите на други групи, повече или по-малко близки до лицата с психиатрични диагнози, като най-близката несъмнено е движението на хората с увреждания с техния лозунг „Нищо за нас без нас!“\*, както и пациентският активизъм на лица с различни заболявания. Всички тези групи са били и са жертва на различни форми на заглушаване и подмяна на личните (или колективни) разкази – гласовете им са били пренебрегвани, заличавани, избирателно представяни, и те са присъствали в публичното пространство единствено чрез своите говорители. Затова големият залог на самозастъпничеството става борбата

\* Лозунгът изразява основната идея на участието, а именно, че всички политици, законодателни инициативи и т.н. трябва да включват групите, към които са насочени и които са пряко засегнати. Преди да започне да се свързва най-вече с движението за права на хората с увреждания, се използва в централноевропейски политически контекст във връзка с други политически трансформации и групи. По отношение на хората с увреждания, фразата се популяризира през 1990-те години. Ето какво казва Джеймс Чарлтън в едноименната си книга: „За първи път чух израза „Нищо за нас без нас“ в Южна Африка през 1993 г. Майкъл Масута и Уилям Роуланд, лидери на организацията „Хора с увреждания в Южна Африка“, поотделно използваха този лозунг, който бяха чули да се използва от човек от Източна Европа на международна конференция за правата на хората с увреждания.“ (Charlton, 1998, с. 3).

срещу подобен тип „представителство“ – идеята, че груп може, дори трябва, да бъде говорител, при това защото по-добре знае кое е най-доброто за съответната група. Разбира се, това не означава, че представителството или говорителите винаги и задължително са уцърбен начин за търсене на справедливост, но винаги трябва да сме наясно, че при опита да говорим за или вместо другите става дума за дълбоко амбивалентен жест (Alcoff, 1991; Spivak, 1988).

Именно лицата с психиатрични диагнози са сред групите, чийто глас е бил вероятно най-радикално и устойчиво отнеман – обичайно е някой груп да говори от тяхно име или да претендира, че им дава глас – професионалисти, роднини, груп тип застъпници, например правозащитни неправителствени организации. Но “даването някому глас може, първо, да заглуши неговия собствен глас, и второ, да утвърди впечатлението, че групите, които систематично биват заглушавани, са получили адекватно представителство и признаване, макар всъщност да не е така. И това е много по-вероятно да се случи, когато онези, от чието име се говори, традиционно са схващани като неспособни на (рационален) глас, което директно ги дисквалифицира в социален план“ (Rashed, 2016, с. 106). Друг начин да се говори за тези процеси на изключване е чрез понятието за епистемична несправедливост: „вреда, нанесена някому, конкретно по линия на неговата способност да знае“ (Fricker, 2007, с. 1).

Затова съпротивата срещу „психиатричния монолог“ (фразата е на Фуко) търси да отвори пространства за гласовете на самите хора – мемоари, лични свидетелства и разкази, формиране на групи за самопомощ, в които се оспорват чисто психиатричните начини за разбиране и третиране на

психичните разстройства, както и участие в дизайна, наблюдението и оценката на социални услуги, в академичното производство на знание и т.н. Разбира се, развитието по тази линия далеч не е безпроблемно – ключов проблем е т.нар. кооптиране – присвояването и подмяната на гласове и ценности от страна на доминиращите групи (Penney and Prescott, 2016, с. 35). В резултат от това овластяването става още един инструмент, с който се сдобиват добронамерени професионалисти в полето на грижата, превръщайки се в професионални „овластители“ (Rose, 2019, с. 161).

Подобни провали в битката за равнопоставеност на наративите обаче не означават, че самото самозастъпничество и процесите, протекли под негов натиск (например създаването на Конвенцията за правата на хората с увреждания (КПХУ), както и множеството конкретни практики, в рамките на които лицата с психиатрични диагнози съумяват ефективно да участват), са безплодни и е по-добре там, където ги няма, изобщо да не се случват. По-скоро въпросът е как да изглеждат в социално-исторически контексти, в които отсъства наследството на реално самозастъпничество, а вместо него има история на внос на готово и отгоре на законодателство, институции, речници, които обаче никога не се възраждат ефективно в локалната тъкан. Ситуацията става още по-сложна – но може би в тази ѝ сложност се крие и шанс – като вземем предвид и дълбокото усъмняване в универсалната приложимост и ефективност на тези инструменти, произхождащи от Глобалния Север. През последните години те се делигитимират, както популистки в рамките на т.нар. илиберална вълна – „консервативна версия на антиколониалната реторика“, която съумя „да ком-

бинираща ултраконсерватизъм с критика на неолиберализма“ (Graff and Korolczuk, 2021, с. 93), така и академично в рамките на деколониалните перспективи.

Този текст поставя именно този въпрос, предлагайки щрих към активизма на хората с психиатрични диагнози в България, Гърция, Румъния и отчасти в Сърбия. Идеята за подбор е ситуацията тук да получи малко по-широк близко-регионален фон – т.е. да се види как протичат процесите на самозастъпничество в съседни страни, които споделят по една или друга линия известни локални специфики и история.

Оттук насетне следва един кратък поглед към българската ситуация, след което има три части, посветени на Румъния, Сърбия и Гърция, като техни автори са съответно Габриела Танасан, Мирослав Мишич и Евгения Георгака.

## Самозастъпничество в България

Няма да е преувеличение, ако се каже, че в България организирано самозастъпничество в полето на психичното здраве в момента отсъства, а и никога не е било особено видимо, радикално, гласовито или независимо. Освен това то отсъства успоредно с психиатрична система, която би трябвало да предизвиква реакцията на засегнатите – дълбоко недофинансирана, с гържавни болници, в които условията са потресаващи, с липса на звена за следболнично лечение и рехабилитация, с липса на възможности за защитен труд; система, в която няма дори опит (освен по временни международни проекти) за включване на потребителите в съвместни инициативи, в които те да са т.нар. „експер-

ми от опит“, с данни за упражняване не просто на стандартните форми на психиатрична принуда, но и за насилие (Bulgarian Helsinki Committee, 2017; Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2018; Council of Europe, 2020; Validity Foundation, 2021; National Statistical Institute and Fundamental Rights Agency, 2021; ENIL, 2022). Поведението на психиатричната общност също би трябвало да предизвиква гражданска реакция – в общи линии наблюдаваме пасивност, опити да се съхрани статуквото, липса на вътрешна критика, отсъствие на групи, които да са изразители на по-прогресивни позиции, както и наличие на професионални асоциации, които без никакви притеснения демонстрират близката си връзка с фармацевтичните компании.\*

Видимите застъпнически инициативи тук като цяло са създавани, ръководени и доминирани от професионалистите в полето на психичното здраве и се появяват след 1989 г. Сред тях се открояват „Общество Адаптация. Сдружение на близките на хора с психични заболявания“, регистрирано през 2004 г., което се формира като своеобразно разклонение на „Адаптация“ – пространство или служба за психиатрична грижа и рехабилитация, създадена от Тома Томов и впоследствие развита от Владимир Сотиров и Ирина Лазарова. Във фазата на ранния преход „Адаптация“ има амбицията да демонстрира какво означава хуманна психиатрична услу-

\* Достатъчно е да се видят програмите на академични събития, организирани от двете съществуващи психиатрични асоциации – сдружение „Колегиум Частна психиатрия“ и Българска психиатрична асоциация, – в които централната част от панелите са посветени на медикаменти и е посочено коя компания ги финансира.

за и да участва в тогавашния психиатричен проект за радикална реформа на системата (Сотиров, 2021). Подобна роля играе тогава, а и сега в известна степен, „Глобална инициатива в психиатрията“ (първоначално „Женевска инициатива“).<sup>\*</sup> Тук трябва да се спомене и Сдружение „Човеклюбие“, създадено от психиатъра Емил Марков и базирано в Пазарджик. Забележително е, че то е създадено още 1992 г., все още е активно и управлява делегирани от държавата социални услуги. През първите години след 2000 г. е създадено и първото сдружение на лица с психиатрични диагнози „Децата на Кубрат“, което също гравитира около „Адаптация“ и „Глобална инициатива в психиатрията“. През 2009 г. е регистрирана и „Национална организация на потребители на психично-здравни услуги“, като последните данни за активност са от 2016 г. В момента съществуват и имат известна видимост например „Асоциация на семейства за партньорство в психиатрията“, учредено от близки, както и Фондация „КОЖА“. Разбира се, ако се погледне в стари и нови регистри, се виждат множество НПО, които по един или друг начин включват в името си или в дейностите си „психично здраве“. Вярвам, че няма да е прекалено силно обобщение обаче, ако кажа, че като цяло става дума за организации, които

\* Началото на Женевската инициатива е пряко свързано с борбата срещу политическата злоупотреба с психиатрията в СССР: „Международната асоциация за политическа употреба на психиатрията (IAPUP) е създадена в Париж през декември 1980 г. като конфедерация на национални групи, които участват в кампанията срещу политическата злоупотреба с психиатрията [...]. Оттогава името ѝ се променя в Женевска инициатива за психиатрия, а през 2005 г. – в Глобална инициатива за психиатрия (GIP)“ (van Voren 2010, 111).

не са ръководени от потребители, не участват устойчиво и активно в наблюдението и критиката на местната психиатрична система, и още по-малко – популяризират алтернативни подходи за справяне с психичното страдание; организации, работещи от проект до проект или функциониращи като доставчици на услуги. Всички тези форми на застъпничество и представителство, макар вероятно в известен смисъл да могат да са временно полезни, са уцърбни по същество, доколкото потребителите не са водещите в процесите на вземане на решения. Промяната в това отношение впрочем е експлицитен ангажимент и по линия на КПХУ. По определенията към Конвенцията, представителни организации могат да бъдат само тези, които се ръководят от хора с увреждания и те са категорично разграничени от „представителните организации на трети страни, като например организацията „за“ хора с увреждания, които предоставят услуги и/или застъпничество от името на хората с увреждания“ (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2018, §11). Това разграничение е от решаващо значение, тъй като застъпничеството, което „говори от и в името на“, без значение колко добронамерено може да бъде или да изглежда, е в основата на потисничеството, което хората с увреждания традиционно понасят. То става още по-вредоносно и трудно за оспорване, когато говорителите изглеждат подкрепящи, добронамерени, истински загрижени, и когато в техните ръце е съсредоточен целият достъп до каквато и да било подкрепа, лечение и грижа.

Историята на НПО сектора в тази сфера от ранния преход и началото на 21. век, връзките му с и зависимостите от финансиращите институции и местните властимащи, ро-

лята на професионалистите като главен мотор, причините за неустойчивостта на инициативите и т.н. би гала редица отговори относно състоянието на активизма тук. Но тази история все още очаква да бъде изследвана и написана.

Сред факторите за упоритото отсъствие и неустойчивост на самозастъпничеството, според мен, е професионалната политика, която може да се проследи от 1980-те години насетне (Dimitrova, 2023; Димитрова, 2021). На практика тя е насочена към защита на интересите на психиатричната общност, като елемент от нея е и борбата срещу стигмата и по добряването на образа и перспективите пред лицата с психични разстройства. Тук трябва да имаме предвид, че стигмата тежи не само върху пациентите и техните близки, но върху цялата психиатрия и съответно пряко засяга нейните представители. В този смисъл, ако може да се говори за застъпничество, то е присвоено от професионалистите и е представено като добронамерен жест от тяхна страна – жест на загриженост към съдбата на пациентите. При това те заемат тази позиция, рамкирайки я като естествено следствие от споделения опит на заклеявяване, маргинализация и липса на признаване и внимание от страна на държавата и широката общественост – и пациентите, и психиатрите са *изоставени* от системата и обществото. По този начин се изгражда представата за *общи интереси* – решаваща тактика, която допълнително затвърждава убеждението, че психиатрите са естествените говорители на пациентите и няма нужда те самите да говорят. Тази професионална политика става видима през последните десетина години на държавния социализъм в текстовете на психиатричния елит и по много

естествен начин запазва базисната си логика и след 1989 г., когато новата либерална и демократична реторика, акцентираща върху овластяването, запазва и укрепва този образ на психиатрите. Много показателно е следното изказване на психиатъра Емил Марков:

*Пациенти и близки, опитвайки се сами да се преборят за някои промени в системата на психиатричната помощ, осъзнаха трудностите, с които ежедневно се сблъскват психиатрите ... и сега са много по-дружелюбно настроени и способни да оценят реалистично претенциите си, много по-склонни за помощ и сътрудничество и осъзнават общите си интереси с професионалистите. (Марков 1994, с. 23–24).*

Това кратко мнение ясно показва как в България наченките на съпернически и критичен активизъм много бързо преминава в консенсуален (Holland, 2008), като лошото е, че последното винаги остава в полето на „реалистичните претенции“, т.е. на това, което в крайна сметка *настоящата* система позволява. Така се елиминира дори надеждата за радикални трансформации. И това добре се вижда не само в полето на психичното здраве, но е характерно като цяло за управлението на уврежданията в България.

Така или иначе остава въпросът защо мълчанието на потребителите е толкова упорито, защо психиатричната система никога не е била обект на систематично наблюдение и критика от страна на засегнатите – нещо, което смятам за абсолютна необходимост, когато става дума за система с толкова много власт, медицинска и

Юридическа, толкова много финансови изкушения в лицето на голямата фармацевтика и частната практика, и в крайна сметка, с толкова голяма степен на ненаказуемост и възможности за непонасяне на отговорност – не само защото в България няма работещи механизми в това отношение, но и защото самият факт, че психиатрията все още не знае какво точно лекува, какви са каузалните механизми на психичното страдание, коя е най-адекватната диагностична и нозологична стратегия и т.н. винаги може да снесе голяма част от отговорността за провалите и баналната ѝ жестокост.

Тук трябва да се отбележи и още нещо. Наистина на човек няма как да му бъде *даден глас* отвън и от някой друг, ако самият той не иска да говори, но има различни начини, по които може да се *даде пространство* за повече гласове и гледни точки и това пространство се дава и от онези, които (все още) не са засегнати от психично страдание или от психиатрично насилие – например представителите на академичната общност. По тази линия в България също е налице огромен дефицит на изследвания и на институционални форми, които да са пространства за критика, докато в същото време на други места се говори за „цунами от преживелищен опит“ във висшето образование по социална работа, и е налице дългогодишна устойчива традиция в институционализирането на изследванията на увреждането или лудостта (*disability studies and mad studies*).

## Активизъм на потребителите на услуги в Румъния

### Психично-здравната система в Румъния

Румъния е изправена пред предизвикателства в областта на реформата на психичното здраве, подобни на тези в останалите държави от региона и посткомунистическия блок. Първите стъпки в реформата са направени съгласно Закона за психичното здраве (487/2002), след което е приет и Законът за здравната реформа (95/2006). Реформата на психично-здравните грижи, както и в много други страни, се фокусира основно върху деинституционализацията и развитието на психично-здравни услуги в общността. За съжаление, това не се случи по подходящ начин, така че преходът от болницата към общността да бъде последователен, смислен и в съответствие със законодателството в областта на медицинските грижи и социалното подпомагане. Институционалната реформа, осъществена чрез закриване на психиатрични болници, на практика не беше добре съчетана с развитието на съгласувана система от услуги за грижи в общността и мерки за социално подпомагане (Junjan, Micluția, Popescu, Ciutăgeanu, Sfetcu & Ghenea, 2009).

Според Закона за психичното здраве, който през годините е преработван и изменян, за да бъде в съответствие с други правни разпоредби, специализираните психично-здравни услуги се предоставят чрез следните структури: центрове за психично здраве, психиатрична болница, психиатрична секция в общите болници, центрове за възстановяване и реинтеграция, кризисни центрове, домашни грижи, защите-

ни жилища и консултативни центрове за домашно насилие. Центровете за възстановяване и реинтеграция работят под ръководството на Министерството на труда и Дирекцията за социално подпомагане. Всяка инициатива за грижи в общността, като например кризисни центрове, домашни грижи, защитени жилища или консултативен център за домашно насилие, е или частна, или се управлява от неправителствени организации, които предоставят тези услуги в рамките на проекти или програми.

Румъния подписа Конвенцията за правата на хората с увреждания през 2007 г. и я ратифицира със Закон 221/2010. Съветът за наблюдение\* е създаден шест години по-късно, през януари 2016 г., като самостоятелен административен орган с юридическа правосубектност под парламентарен контрол. Въпреки че от 2022 г. насам неговите посещения\*\* се организират по-професионално и по-често, все още има много възможности за подобрене и сътрудничество с гражданското общество: „По-специално, ръководството на Съвета за на-

\* <https://www.consiliuldemonitorizare.ro/despre-noi/#>

\*\* Посещенията за наблюдение по правило се провеждат неочаквано въз основа на годишен график за посещения, изготвен от председателя на Съвета; могат да бъдат и непланирани и да се провеждат по негова преценка. Групата, която прави посещенията, се състои от трима души - инспектор по наблюдението на Съвета и двама независими експерти, като външни сътрудници. Решенията се вземат с консенсус или с мнозинство в рамките на екипа. Независимите експерти трябва да имат опит в областта на правата на човека и правата на хората с увреждания, а при подбора им трябва да се има предвид баланса между половете и участието на лица с увреждания. <https://www.consiliuldemonitorizare.ro/rapoarte-2024/#>

блюдение трябва да се ползва с подкрепата и доверието на неправителствените организации, с които тази институция трябва да работи в тясно сътрудничество“, подчертвя европейският комисар по правата на човека Дуня Миятович. Законът за психичното здраве е в съответствие с разпоредбите на КПХУ, като в последната му версия има специален раздел, посветен на правата на лицата с психични проблеми, в който се обръща внимание на дискриминацията, нечовешкото и унижително отношение, изолацията и фиксацията (принудителното връзване). Неотдавна специалистите в областта на психичното здраве бяха обучени по проблемите на правата на лицата с психосоциални и интелектуални увреждания от юристи в рамките на проекта „AdaptJust“, изпълняван от Центъра за правни ресурси (ЦПР\*).

Независимият мониторинг се организира професионално от този център в продължение на около двайсет години чрез програмата „Застъпници за достойнство“. Смесени екипи от юристи, психолози и потребители посещават без предупреждение държавни и частни центрове за настаняване, психиатрични болници, защитени жилища. Екипът изготвя доклад, който след това се изпраща на властите. Миналата година мониторинговите екипи документираха много сериозни злоупотреби и нарушения на човешките права, унижително отношение и нечовешки условия в редица държавни и частни центрове за настаняване на деца и възрастни с психосоциални и интелектуални увреждания. Тези случаи показват слабото и неправилно прилагане на действащото законодателство, липсата на съгласувано сътруд-

\* <https://www.crj.ro/en/advocate-for-dignity>

ничество между системите за социални и медицински грижи и не на последно място – пълната липса на интерес от страна на политиците към психичното здраве като област на общественото здраве.

Ратифицирането на КПХУ бележи момента, в който Румъния прие и деинституционализацията като признаване на разпоредбите на чл. 19 „Независим живот и интеграция в общността“. Страната получи важно европейско финансиране за деинституционализацията и развитието на услуги в общността, но резултатите не оправдаха очакванията. Надяваме се, че ще бъдат направени важни стъпки в това отношение, ако бъде изцяло изпълнена Националната стратегия за правата на хората с увреждания „Справедлива Румъния“, 2022–2027 г., която цели континуираност в изпълнението на КПХУ.

Можем да кажем, че Румъния разполага с достатъчно добри законодателни разпоредби в областта на психично-здравните грижи и правата на потребителите на психично-здравни услуги. Проблемът е в наблюдаването на тяхното прилагане. Деинституционализацията е далеч от осъществяването на целите си, а услугите в общността не са добре и последователно развити. Някои експерти дори смятат, че „...става дума за колапс поради изключването на тази област от списъка с приоритети на Министерството на здравеопазването и правителството. Нямаме проучване, което да оценява състоянието на психичното здраве на населението, а само тези разтърсващи новини в медиите, които редовно ни напомнят колко болни сме и колко болни ще ставаме. Медицинската система е ригидна и лекарите не понасят отговорността си. Те действат така, защото професионалистите, които са ни

обучавали, са се разпореждали от същата кула от слонова кост и безнаказаност.“ (Hrițcu, 2022). Накратко, няма национална стратегия за психично здраве, нито специалисти, които да я прилагат в местните общности. Няма приемственост на грижите след хоспитализация предвид липсата на психиатрични мобилни екипи и различни форми на грижи в общността. Системата за медицински грижи не работи в хармония със системата за социално подпомагане, така че хората с психични проблеми да живеят самостоятелно и достойно в своите общности, и да бъдат уважавани от околните. Социалната психиатрия все още е пожелание, а не реалност.

### Състояние на активизма в полето на психичното здраве

*Важното е действието, а не неговите плодове. Трябва да постъпвате правилно. Плодовете може да не са по силите ви или да не доживеете да ги видите. Но това не означава, че трябва да спрете да действате правилно. Може никога да не узнаете какви резултати ще донесе вашето действие. Но ако не правите нищо, няма да има никакъв резултат.*

Махатма Ганди

Началото на активизма в областта на психичното здраве в Румъния е поставено през последното десетилетие на 20. век. Тогава се основават първите неправителствени организации за психично здраве, предимно от професионалисти, като сред членовете им има и потребители на услуги. Често създавани и финансирани от чуждестранни донори,

тези НПО провеждат семинари и обучения, в които участват потребители, социални работници, психолози и рядко психиатри. Научихме как се създава и управлява устойчива организация, как се получава финансиране, какво означава да си застъпник и да имаме добра комуникация с медиите и заинтересованите страни. За първи път тогава чухме гуми като „застъпничество и застъпник“, „потребители на психично-здравни услуги“, „овластяване“, „заинтересовани страни“ – гуми, които трудно се превеждат на румънски език. Разбрахме смисъла им, но впоследствие се договорихме за по-разбираеми румънски гуми, които да използваме вместо тях.

След 2000 г. потребителите на услуги създадоха свои собствени организации, които получиха финансиране от чуждестранни неправителствени организации или фармацевтични компании. Говорим за две неправителствени организации – едната в столицата, Асоциация „Арипи“ (Крила), която все още съществува, и друга в град Брашов, „Менсана“, която е закрыта поради липса на финансиране. Двете организации, ръководени от потребители, бяха активни най-вече на местно ниво, като обединяваха потребители от съответните общности. Асоциация „Арипи“, член на Европейската мрежа на (бивши) потребители и оцелели от психиатрията (ENUSP)\*, популяризира нейните принципи. Тя организира няколко протеста пред Министерството на здравеопазва-

\* Това е единствената самозастъпническа организация в Европа, която обхваща множество местни и национални организации на (бивши) потребители и оцелели от психиатрията. България не фигурира и не е фигурирала никога там нито с организация, нито с индивидуално членство.

нето, Националната здравноосигурителна каса и участва във всички инициативи на групи румънски НПО, работещи в областта на психичното здраве, като изготвяне на становища, застъпнически кампании и кампании за повишаване на осведомеността. Една от най-важните инициативи беше организирането на три издания на Форума на потребителите, в който участваха предимно потребители, но също и прогресивни професионалисти. Тези форуми имаха за цел да съберат на едно място потребители от цяла Румъния, за да установят контакти, като дават възможност на участниците да разкажат за положението и нуждите си в различни части на страната. Дискусиите доведоха до идеята за създаване на национална организация, ръководена от потребители, която да усилва гласа им и да се бори за тяхното лично представителство и участие във всеки процес, който засяга живота им. За съжаление тази идея остана мечта поради различни причини, най-вече поради липсата на финансиране и подкрепа от страна на по-мощни румънски НПО, които гледат собствените си интереси. „Конкуренцията и липсата на доверие на ниво национални НПО е значителна пречка пред възможността автентичната гражданска инициатива отгоду да има свой глас, тъй като организациите, работещи на национално ниво, опитват да посредничат и контролират стремежите и целите на потребителите и на техните семейства, вместо да ги въвличат като истински равностойни партньори“ (Hayward & Cutler, 2007). Това е бариера, която е валидна и днес. Не на последно място, ентузиазмът и ангажираността на потребителите бавно намаляват с времето.

Осъществяването на проекта „Пътища към политиката“ (*Pathways to Policy/P2P*), ръководен от фондация „Хоризон-

ми“ (2002–2007), гарантираше значимо участие на потребителите и общностите в политиката за психично здраве на местно и национално равнище, и е кулминацията на активизма в областта на психичното здраве в Румъния. Фондация „Хоризонти“ е смесена организация, съставена от потребители, професионалисти, грижещи се и други хора от общността, със седалище в град Къмпулунг Молдовенеск, Северна Румъния. P2P, финансиран от лотарийния фонд на Обединеното кралство и осъществен с помощта на партньор от Обединеното кралство, беше пилотен проект, целящ да развие капацитета на неправителствените организации да оказват влияние върху политиката в областта на психичното здраве на местно и национално ниво. Двама локални координатори, потребител и нейната гъщеря, бяха обучени и подкрепени от британската организация да организират „Местни форуми, насочени към изготвяне на политики“ (*Local Policy Forums*) през първите две години от изпълнението на проекта. Основната характеристика на тези форуми беше, че поне една трета от тях бяха съставени от (бивши) потребители на услуги, хора с различни профили от общността, представители на местните власти и хора от бизнеса. Те се превърнаха в арена за обществени консултации по отношение на значими местни проблеми, решения и възможности за тяхното изпълнение, което даваше глас на обикновените хора. Дейности като популяризиране на психичното здраве в училищата, кампании за повишаване на осведомеността относно психичното здраве, дискриминацията и стигмата чрез местното радио и публични събития, организирани главно от потребителите, оказаха влияние върху разбирането, осведомеността и нагласите на общността. През третата година проектът се

разшири до национално ниво в Национален форум за политики (НФП) със същите координатори, вече обучени и натрупали двугодишен опит. Използвайки основите на местния модел, беше създаден националният форум. Потребители и заинтересовани страни от цяла Румъния бяха поканени да участват и да дадат своя принос. Като се има предвид големината на Румъния, срещите бяха организирани на различни места, като чак последната беше в столицата Букурещ, „за да се затвърди представата, че НФП е инициатива на местно ниво, и да се избегнат центристски тенденции“ (Hayward, 2007). Дискусиите и дейностите на срещите доведоха до изготвянето на списък с приоритети, пренебрегвани от политиците. Освен това тези срещи бяха добри възможности за изграждане на мрежа, за съвместна работа на заинтересовани страни от цяла Румъния, за създаване на връзки с цел промяна, които имаха известно въздействие върху политиците: 1) НФП оказва влияние върху министри и официални лица, които поеха ангажимент за реформа и развитие на услуги в общността, 2) лобиране и кампании за промяна чрез Декларацията от Яш\*, подписана от 80 организации в цялата страна и предадена ги-

\* С този документ се посочват и искат конкретни стъпки в реформата на психичното здраве: усъвършенстване на законодателството в съответствие със законодателството на другите сектори (социален, образователен, трудов) и с международните договори, подписани от Румъния; участие на потребителите в политиките и програмите, които засягат техният живот; развитие на услуги в общността; значимо участие на потребителите в услугите в общността; Националният форум да бъде органът, който да улеснява прилагането на подходите „отгоре-надолу“ и „отдолу-нагоре“ в законодателството, политиките и услугите.

ректно в ръцете на министъра на здравеопазването, който публично пое ангажимент за реформа, 3) заинтересованите страни работиха заедно за създаването на модел на НФП с участието на хора, които обикновено нямат глас, тъй като структурата на форума се задаваше от членовете, а не бе наложена отвън или от организации на национално равнище. Едно от конкретните предложения беше идеята за включване на застъпници на потребителите в екипи за психично здраве в общността. Въпреки многото неимоверни усилия, положени за продължаването на инициативата, никой от вземащите решения не пожела да гарантира този модел на включване и да осигури финансирането му. Властта остана в ръцете на хората по върховете и мнозина не са склонни да се откажат от нея!

Усилията за насърчаване на реалното включване и участие на потребителите на местно и национално равнище са ограничени. Фондация „Естуар“ от Букурещ – неправителствена организация, предоставяща услуги в подкрепа на хора с психични проблеми\* – работи за повишаване на капацитета на потребителите на услуги за справяне с проблемите, които ги засягат пряко, и за включването им в процесите на вземане на решения в рамките на проекта „Психичното здраве се нуждае от овластяване“ (2021-2023 г.)\*\*. Потребителите в четири града, в които тази НПО има клонове, бяха обучени на овластяване, саморепрезентиране и провеждане на кампании, за да включат в дневния ред на местните и националните власти нуждата те самите да

\* <https://www.estuar.org/servicii/>

\*\* <https://www.estuar.org/proiecte/sanatatea-mintala-are-nevoie-de-empowerment/>

имат достъп до социални и здравни услуги. Те участваха и в проучване на осъзнатостта и потребностите от услуги. Знанията, събрани в рамките на обучението, и резултатите от изследванията помогнаха на потребителите да редактират „Комплекта за саморепрезентиране“ (*Kit on self-representation*)\* и да организират кампании за достъп до здравни и социални услуги, която завърши с позиция, изпратена до съответните местни и национални органи.

Професионалистите имат свои организации, като например Румънската асоциация по психиатрия и психотерапия, Румънската асоциация по поведенческа и когнитивна терапия, Асоциацията на гържавните психиатрични болници (организация, която има протокол за сътрудничество със Съвета за наблюдение на имплементирането на КПХУ, но критикува ЦПР за критичните реакции към психиатричните болници), Асоциацията по социална психиатрия, която „насърчава грижите в общността“. Дори и да проповядват „участие на потребителите“, всички професионални организации всъщност се грижат за собствените си интереси. Те запазват властта и контрола, скрити за баналности, оправдания и дипломатичен език.

Като заключение, ето изводите от едно скорошно изследване относно включването на движението на хората с увреждания в процеса на формиране на политики в Румъния:

\* <https://www.estuar.org/wp-content/uploads/2022/05/Ghid-de-Autoreprezentare-in-Sanatea-Mintala-1.pdf>

*...политическите възможности на движението на хората с увреждания в Румъния (включително на потребителите на психиатрични услуги) не се свиват непременно или поне не само това е водещата тенденция. По-скоро промените в структурата на политическите възможности могат да бъдат описани най-добре като изменящо се пространство, което се колебае главно около символичното или токенистично включване, като има моменти, когато по-реално включване става възможно, и моменти, когато включването е норма (Safta–Zecheria, Tăpăsan & Petri, 2024).*

В бъдеще са нужни повече действия от страна на управляващите за вслушване и откликване на гласа на потребителите на услуги и разработване на действия, които са отзивчиви, овластяващи и социално приобщаващи.

## **Активистки опит в Сърбия: щрих**

През 2009 г. организацията Международна мрежа за помощ (*International Aid Network*) започна работа заедно с Европейската мрежа на (бивши) потребители и оцели от психиатрията и най-големите психиатрични институции и професионалисти в Сърбия в рамките на програмата „Матра“. Основната цел беше трансформация на съществуващата психиатрична система в страната. През същата година се създадоха пет организации, ръководени от лица с психиатрични диагнози. Проведоха се обучения в различни градове в страната, като основните бяха в Белград. Главното послание беше, че трябва да има повече самозастъпнически ор-

ганизации и да се създаде национална организация, която да се бори за нашите права като хора с психични проблеми. На практика това не се случува. През 2012 г. аз лично започнах да работя за създаването на национална асоциация; така се създаде организацията, наречена „Наум” (*NaUm*). Вече не поддържам връзка с хората, които я управляват в момента, но знам, че тя дори не е регистрирана юридически и няма банкова сметка. Тя може да бъде намерена онлайн и се организират някакви срещи, но само в Белград – и доколкото знам, участват само организации от Белград.

Единствената организация, разполагаща с логистика и контакти, която подкрепя организации на лица с психиатрични диагнози, е „Каритас Сърбия“.

В момента в страната има десет организации на потребители, които все още са активни. Най-ефективният период от работата ни и усилията да се промени нещо беше между 2009 и 2015 г. След това започна да става все по-трудно да постигнем разбиране от страна на местните и национални органи на управление относно значимостта на дейностите на съществуващите организации. По отношение на финансирането на нашите организации това е може би най-тежкия период в цялото ни съществуване. На практика организациите ни съществуват само на хартия и почти нямат дейности. Ако сравняваме двата периода – между 2009 и 2015 г. и сега, може да се каже, че нещата никога не са били по-трудни във всяко отношение. Сега гържавата финансира единствено НПО, свързани със спорт, и организации, чиято дейност е свързана с националните традиции и история.

По отношение на критиката и съпротивата срещу психиатричната система трябва да кажа, че в Сърбия не

съществува нищо подобно. Няма организация, която да инвестира усилия в критиката на психиатричната система, нито пък знам за отделни лица, които открито да говорят за това на живо или в социалните медии. Организации, насочени срещу психиатрията в Сърбия не съществуват.

Конвенцията за правата на хората с увреждания е ратифицирана от гържавата през 2007 г., но не донесе никакви промени. Някакъв активизъм е налице в Белград и някои НПО правят нещо, но това няма ефект върху останалите региони. Има големи организации с логистични възможности, хора и контакти, и те кандидатстват за проекти, свързани с хората с увреждания, но единственото, което самите хора с увреждания виждат накрая, е интернет публикация, която казва, че някой някъде се бори за техните права. На практика става дума за добре организирани отделни лица, които кандидатстват за огромни суми, без да правят нищо за реално нуждаещите се.

## Самозастъпничество в Гърция

### Грижа за психичното здраве в Гърция

Настоящата ситуация в областта на психичното здраве в Гърция е доста мрачна и е такава от много дълго време. Големите институции бяха единствената форма на психиатрична помощ в Гърция до средата на 1980-те години на миналия век, когато започна процесът на деинституционализация под натиска на Европейския съюз и с европейско финансиране. През следващите десетилетия в страната се изляха ев-

ропейски средства, за да се улесни процесът, известен като „психиатрична реформа“, т.е. затварянето на деветте психиатрични болници, които поемаха най-тежките случаи, и създаването на мрежа от психиатрични услуги, която да предоставя комплексни грижи в общността (Karastergiou et al., 2005; Zissi & Barry, 1997). Процесът беше бавен и некоординиран.

През следващите десетилетия повечето от психиатричните болници се закриха, а броят на онези, които останаха, се намали значително, като същевременно се създадоха разнообразни услуги за психично здраве в общността – центрове за психично здраве, дневни центрове, рехабилитационни отделения, мобилни психиатрични отделения, центрове за настаняване и заетост. Това обаче така и не се превърна в мрежа от психиатрични услуги. На първо място съществуват големи различия в географското разпределение, като в няколко области мрежата е напълно развита, докато в други практически няма психиатрични услуги, което означава, че жителите трябва да пътуват, за да се срещнат с психиатър или да посетят услуга. Не съществува и система за насочване или сътрудничество между службите, което означава, че хората може да нямат достъп до услугите, от които се нуждаят, и няма отговорна институция и непрекъснатост на грижите. Все още има значителна липса на специализирани услуги за деца и юноши, за възрастни хора, както и за лица със специфични психичноздравни затруднения (Christodoulou et al., 2012; Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016; Loukidou et al., 2013). Системата за психично-здравни грижи продължава да бъде доминирана от биомедицински и редукионистки разбирания за психично-здравните проблеми и от практики, ха-

рактерни за големите институции, които сега просто са преместени в една наглед по-приятна среда.

Въпреки че Гърция е подписала всички основни декларации за правата на хората с психични проблеми, въпросът за правата не е навлязъл в дневния ред на службите за психично здраве (Georgasa, 2009). Показателен е фактът, че процентът на принудителните настанявания в психиатрични стационари е около 50 % от всички психиатрични хоспитализации и в момента се увеличава (Stylianidis et al., 2017, 2023). Нещо повече, на практика няма независими органи, които да наблюдават и защитават правата на хората, които са в контакт със системата за психично-здравни услуги (Bilanakis, 2004).

Последното десетилетие на икономическа криза, през което Гърция премина, и още повече пандемията от COVID-19, влошиха както психичното здраве на населението, така и състоянието на системата. В сравнително проучване от 2014 г. в трийсет европейски държави (Economist, 2014) Гърция е класирана на едно от последните места по отношение на осигуряването на стабилен дом и семейство, достъп до здравни услуги, възможности за работа и образование и редуциране на стигмата.

### Мобилизации отголу

Прогресивни гласове и групи се появяват в Гърция през различни исторически периоди, а по-радикалните антипсихиатрични групи – от 1970-те години на миналия век насетне. Примери за добри услуги в общността могат да бъдат открити още от 1950-те години на 20. век, но те са малко и са

създадени и поддържани като инициативи на прогресивни групи от професионалисти. Доскоро движението на потребителите и оцелелите от психиатрията изглеждаше като научна фантастика. През последните няколко години обаче нещата се раздвижват, като през последните около десет години се наблюдава много динамично разрастване на инициативите на потребителите на психично-здравни услуги, както и възникването на техни мрежи на национално ниво (Georgasa, 2019; Menediatou, 2015; Nomidou, 2015).

Първи се появяват организации на роднините, като през 1993 г. в Атина с подкрепата на професионалисти в областта на психичното здраве е създадена Асоциация на семействата за психично здраве. Следват редица асоциации на семействата в различни гръцки градове, като накрая се създава и Националната федерация на семействата за психично здраве. Както някои от местните организации, така и националната федерация са доста активни в организирането на алтернативни услуги за своите членове – разработват кампании за повишаване на осведомеността и оказват натиск за промени в националната политика в областта на психичното здраве чрез участие в националните комисии за психично здраве. Те също така са част от съответните европейски и международни асоциации (Vilanakis, 2006)\*. Наскоро беше създадена организацията „Братя и сестри от Атина“ (*Athens Siblings*), която е неформална мрежа за подкрепа и предоставяне на информация на лица, които имат брат или сестра с психични проблеми.\*\*

\* [www.posopsi.gr](http://www.posopsi.gr)

\*\* [www.athenssiblings.blogspot.gr](http://www.athenssiblings.blogspot.gr)

В някои от психиатричните болници в Атина бяха създадени съвети на пациентите, които да представят позициите им пред болничната администрация. Въпреки това изглежда, че те не са особено активни в защитата на интересите им. Друга форма на представителство е организирана около социалните предприятия на психиатричните пациенти. През последните няколко десетилетия повечето психиатрични болници създадоха социални предприятия, в които работят пациенти, за да улеснят професионалната им реинтеграция. По закон пациентите, които работят в социалното предприятие, са представени в изпълнителния борд на предприятието, а също така участват в представителството на социалното предприятие в администрацията на психиатричната болница. Тези организации обаче са склонни да се фокусират изключително върху трудовите права и условия.

През последното десетилетие бяха създадени няколко организации за самопомощ. Това са групи, съставени или изключително от потребители, или от потребители, професионалисти, роднини и заинтересовани граждани, които имат за цел да повишат осведомеността относно психичното страдание, да се борят със стигмата и дискриминацията и да предоставят пространство за потребителите на психично-здравни услуги. Примери за такива действащи организации са „Anti-Stigma“,\* „MAZI“,\*\* „Auto-Ekprosopisi“,\*\* „Hearing Voices“\*\*\*\* и Обсерватори-

\* <http://www.opc.gr/gr/links.asp>

\*\* <http://mazi.org.gr>

\*\*\* <http://www.ethelon.org/ngo/αυτοεκπροσώπηση>

\*\*\*\* <http://www.hearingvoices.gr>

ята за права в сферата на психичното здраве.\* Също така през последните няколко години възникват автентични групи за самопомощ, които работят или самостоятелно, или под егидата на други организации.

Напоследък различните организации на потребителите започнаха да работят в мрежа и да създават съюзи на национално равнище. Според мен най-добрият пример за работа в мрежа на национално равнище е „Hellenic Hearing Voices Network“. „The Hearing Voices Network“, или „Intervoice“, е международна организация, която подкрепя алтернативни непатологизиращи начини за разбиране на и живот с чуването на гласове – преживяване, известно в психиатрията като слухови халюцинации и счтано за симптом на шизофренията и други психотични състояния. Гръцката мрежа, която е част от международната организация, е създадена през 2010 г. от групи в Атина и Солун с подкрепата на английските и нидерландските им партньори. Мрежата подкрепя функционирането на групи за самопомощ за хора, чуващи гласове, предоставя им индивидуална подкрепа, за да осмислят това преживяване, разпространява информацията относно него и начините то да бъде управлявано. През 2014 г. мрежата организира в Солун Шестия световен конгрес на чуващите гласове, който събра хора от всички национални мрежи и специалисти по психично здраве в Гърция, давайки още един тласък на развитието на националната структура (Georgasa et al., 2016).

Голяма част от радикалната работа в областта на психичното здраве, включително създаването на мрежи, се

\* <https://paratiritiriopsy.com/>

основава на работата на инициативи, израстващи отгдолу – именно там се случва действителната радикална работа в това поле. В Солун много важна организация е Обсерваторията за права в областта на психичното здраве. Бих искала да предоставя малко информация за нея като добър пример за организация, която работи на местно ниво и израства отгдолу, и въз основа на това формира съюзи на национално и международно ниво.

Обсерваторията функционира от 2006 г. в Солун. Тя представлява мрежа от лица, участващи в системата на психичното здраве – т.е. потребители на психично-здравни услуги, роднини и специалисти – и е отворена за всички, които споделят нейните принципи. Нейната цел е да защитава правата на лицата, участващи в системата на психично-здравните услуги, и да насърчава алтернативни, непсихиатрични начини за справяне с психичното страдание. Обсерваторията е член на Европейската мрежа на (бившите) потребители и оцелелите от психиатрията и на „Intervoice“. Организацията подкрепя формирането на групи за самопомощ за хора, които чуват гласове, хора, които преживяват екстремни състояния на настроението, и други. Тя оказва подкрепа и на лица, които искат да намалят или да спрат приема на психиатрични лекарства, както и на такива, които искат да се справят с психотична криза без хоспитализация. Предоставя обучение на специалисти по психично здраве относно начините за подкрепа на хора, които чуват гласове, имат необичайни вярвания и други екстремни преживявания, носещи им страдание. Осигурява правни консултации и представителство на хора, които искат да защитят правата си, когато те са наруше-

ни в системата за психично здраве. Провежда семинари, организира публични събития и разпространява информация за алтернативни начини за разбиране и справяне със страданието. Смятам, че Обсерваторията за права в областта на психичното здраве е много добър пример за координирана радикална работа в областта на психичното здраве, извършвана на местно ниво, която в същото време е и отворена за обмен и сътрудничество с други организации на местно, национално и международно ниво.

В сегашната по-горе икономическа криза, допълнително утежнена от ефектите на пандемията, инициативите за самопомощ могат да предоставят алтернативи, основани на солидарност и уважение. Важно е обаче да се внимава те да не се появят само за да запълнят временно пропуските в системата, да предоставят услугите, които не са налични, докато официалната система за психично-здравни грижи излезе отново от кризата. Необходими са постоянни усилия, за да се гарантира, че тези инициативи ще останат наистина алтернативни и ще продължат да бъдат радикален глас, който властва хората с психични проблеми. Тъкмо за това се борим колективно ние, които сме част от тези групи за самопомощ – учени, професионалисти, заинтересовани граждани, хора с преживелищен опит в областта на психичното страдание. И се надяваме, че ще продължим да го правим.

## Заклучение

Целта на този текст беше да представи ситуациите на самозастъпничеството в полето на психичното здраве в България, Гърция, Румъния и Сърбия, изхождайки от убеждението, че то е основен инструмент за постигане на справедливост. Дори в този доста съкратен вид се открояват поне три много важни сходни характеристики. Централно общо място е например начинът, по който се стартират и протичат процесите, наречени „реформа на психиатричната система“, т.е. деинституционализацията и преходът към подкрепа в общността. Те са като цяло наложени отгоре и отвън от Европейския съюз или от западноевропейски правозащитни организации, като резултатите неизменно включват констатации, че това не е проработило докрай, тъй като грижата в общността реално в нито една от обсъжданите страни не се е случила достатъчно ефективно и качествено: координирана, равномерно разпределена, предлагаща едно и също качество навсякъде и непрекъснатост на грижите, мрежа от услуги и индивидуална подкрепа отсъства и в четирите страни. На второ място, няма как да не се отбележи съдбата на КПХУ и изобщо проблемът с правата на психиатричните пациенти – Конвенцията е ратифицирана, но не успява да генерира реална промяна, осезаема на нивото на всекидневието на хората, към които е насочена. Третото сходство – като тук Гърция все пак очевидно е в далеч по-добра позиция – е колебливата или напълно отсъстваща критика и съпротива срещу психиатрията, както и различните форми за участие на хора с преживелищен опит в изследвания,

образование, услуги, политики, свързани с психиатрията и със социалната работа.

На фона на тези общи отсъствия се виждат и постиженията на борбите отгоду на хората с психиатрични диагнози. Добре би било те да бъдат допълнително проследени, за да можем евентуално да се възползваме от тези примери в България. Може би в настоящия период на радикално усъмняване във „вноса“, „преноса“ и „усвояването“ на западни механизми за постигане на справедливост, шанс ще се окаже формирането на регионални форми на солидарност, самозастъпнически мрежи и обмен на опит, вдъхновение и конкретни практики.

# Какво значи да живееш с психично заболяване в България или твоят близък да страда от това?

*Текстът е написан от майка на момче с диагноза параноидна шизофрения, отключена на 26-годишна възраст. По нейни думи, за първи път пише за болката, която чувства от заболяването му. Професионално е медицинска сестра, работила петнадесет години с психично болни и въпреки това трудно приема диагнозата на сина си.*

*Свидетелството е публикувано с минимални редакции и е анонимизирано по желание на авторката.*

*Убеждението ни като редакторски колектив е, че част от така нужната промяна в сферата на психичното здраве и психиатричната грижа минава както през създаването на широко обществено разбиране и загриженост за страданието, през което минават хиляди хора с психиатрични заболявания и техните близки, така и през граденето на връзки на солидарност.*

Това е тема, по която много малко се коментира. Думата „психиатър“ в България е нещо срамно, лошо и обидно, а „луд“

е дума, която се използва много често в разговорния речник, но... нека погледнем нещата от груг ъгъл. Да дадем определение на думата „луд“ – няма обяснение и точно определение в разговорния речник. Болест – това е промяна в състоянието и жизнените показатели на организма. Е, питам тогава: защо всички болести са болести, а психиатричните заболявания са срам, страх и повод за подигравки? Още никой не е доказал как, кога и защо се получават тези аномалии в мозъка, а оттам и в поведението. Рядко някой говори за това как е преживял диагнозата „психично болен“.

Няма значение коя точно е диагнозата – това е един етикет, който се лепва, и край – с това свършват мечтите, целите и животът ти сякаш спира, а всъщност не е точно така. Умът и психиката са две различни неща. Това, което си чел, научил или видял не може да бъде изхвърлено или изтрето, само защото ти имаш шизофрения, раздвоение на личността или нещо друго.

Болният не приема болестта и започва агресивно поведение спрямо всеки, който не му вярва. „Той ги вижда, чува и от него зависят мирът, спокойствието или здравето на някого, когото обича“. Лекарствата са нещо, с което си мислят, че искат да ги отровят, увреждат им здравето и не им помагат изобщо. Трябва им много време, за да приемат, че ако пият лекарствата си редовно, няма да умрат и ще живеят напълно нормално. За хора, които не са се сблъскали с медицина и психология, е много трудно да променят изведенъж живота, поведението и плановете си.

Ако си родител и се разболее детето ти, независимо на каква възраст, тогава какво ще правиш? В много от случаите тези заболявания се отключват по време на пубертете-

та, на 15-25-годишна възраст или във време, в което хормоните бушуват и се подреждат. Животът от дете става на възрастен, ставаш работник, студент. Децата вече се имат за големи – никой нищо не може да им каже и ето го проблема: родителите последни разбират или научават за своето дете. Забързани в изкарването на прехраната, нямат време за детето и то просто расте само; липсва доверието, любовта и уважението към родителите. Самото поведение от страна на родителите провокира агресия от страна на детето.

Родителите започват да търсят лек и помощ за детето, но забравят, че първо те имат нужда от психологическа помощ, за да приемат, че здравото и весело дете довчера, за което са имали мечти и надежди, от днес е вече болно и изцяло променя техния живот. От днес започва едно ново начало, което променя целия живот на цялото семейство. Как да потърсиш помощ, като не знаеш кого да попиташ, към кого да се обърнеш и на кого да се довериш? Професионалната помощ не може да се замени от приятелски разговори идеи и предложения.

И тук започва Адът, от който няма излизане! Той се влошава и ситуацията започва да излиза извън контрол – всичко е различно и променя живота на близкия и на болния. Родителите не искат да приемат, че точно на тях се е случило и че това е вярно, но старите хора казват „истината винаги боли“. Необходимо е като начало да се поставим на мястото на болния. Той не се чувства добре в собствената си кожа. Опитва се да докаже на всички своята теория и това го прави по 24 часа. Да се заснеме, да се докаже, да се защити от въображаемите хора, които го следят, наблюда-

дават и контролират. И, ако си родител на дете в подобно състояние, започва едно преследване, една невероятна война, едно денонощно следене, което има начало, но няма край. Потърпевши от всичко стават членовете на семейството. Майката започва сама войната, но ... никой не я пита тя как се чувства? Как така точно нейното дете, защо то и какво ще прави след това? Всичко, изградено дотук, става напразно. „Защо точно на мен се случи? Къде сгреших и накъде вървя?! Ако оставя работата си, няма да имам пари, а ако оставя него, нямам представа от изхода му...“ и така оставаш в един омагьосан кръг. Отстрани започват нападки, странни съвети и шури идеи. Не знам дали хората знаят, че между психиатрията и затвора разликата е само името и грехите на работещите там. Правилата са си правила. Влизат различни, излизат еднакви.

Ами ако има и друго дете в семейството? Неговият живот също се променя и тръгва в друга посока. Дори и да иска да остане настрана, не може. Колелото на вихрушката завихря и него. Спокойствието е вече нарушено. Войната у дома не е само между болното дете и родителите, а е насочена и към здравето дете. А то няма защита! Нито е голямо, за да може да чете медицинска литература, нито може да приеме обидите, скандалите и сълзите на мама. И тук идва въпросът: „Как да защитя малкото от голямото?“. Няма начин да живеят разделени, защото домът е един и родителите са едни. Финансово зависими още ученици или студенти трябва да се спасяват, но как?

Едни избират да излязат на квартира с другарчетата си, други заминават в друг град или държава, но силните и смелите остават и рамо до рамо със своите родители се бо-

рят болният да си пие лекарствата, да се храни нормално и да спи нощно време. През деня да му се намира работа, т. нар. „трудотерапия“, която има невероятен ефект върху състоянието му. Изведнъж той се вижда обичан, значим, хвален и започва да има мечти. Иска да ходи на работа, иска да учи, иска да има своя стая, свой дом и свой начин на живот. Когато го срещнеш на улицата или в супермаркета, дори и няма да разбереш, че този човек е психично болен, но... затова трябва контрол от страна на близките да си пие редовно лекарствата и да има кой да се грижи за него.

Тук е мястото да кажа, че държавната политика спрямо психично болните е нула, тези хора имат нужда от човек, който да се грижи за тях денонощно – така наречените „лични асистенти“. Парите, които получават като пенсия са минимални, а разходите са ежедневни.



# Как хората (не) приеха моята диагноза за биполярно разстройство?

ГЛОРИЯ КОСТАДИНОВА

*Как ще пиеш хапчета, луда ли си?!*  
(Ами, технически...)

*Според мен, просто имаш проблеми с хормоните.*

*Ако ти си биполярна, значи и аз съм.*  
(Какво?)

*Терапевтката ти ти е объркала главата.*  
(Последното е от майка ми.)

*Лекарите ще кажат всичко, за да те наплашат и да ти  
изпишат лекарства.*

*Ти си просто много емоционална.*

*Опасявах се, че близките ми ще променят отношението си към мен, когато им споделя, че имам биполярно разстройство. Повечето не го промениха изобщо и това всъщност беше по-гадно.*

Тейлър Томпсън, комедиантка

Имам голямо семейство и широк кръг от приятели. Когато получих **диагноза за биполярно разстройство тип II**, това не се промени. Всъщност, почти нищо не се промени, освен моите възприятия. Разговорите ми се струваха прекалено кратки, въпросите – завоалирани, а съчувствията – неискрени. Но не отношенията ни се бяха свили, а в тях просто вече не се побирахме и аз, и психиатричното ми разстройство. Въпреки старанията да споделя и да получа утеха, открих, че биполярното разстройство все заема грешна форма: или е прекалено лично, или е прекалено научно; или е твърде странно, или е твърде банално и близко до обикновените човешки настроения.

Истината е, че това заболяване не се побира никъде – нито в приятелски разговори и семейни вечери, нито на работното място и в учебните заведения. Нито дори съвсем в здравните заведения, където лекарствата за лечение на психични разстройства биват или демонизирани (например от ендокринолози, пред които трябва да ги защитаваш), или игнорирани изцяло (например от лекари, които не се интересуват от възможните взаимодействия при едновременния прием на няколко лекарства).

Преди диагнозата и лечението криех симптомите си. След тях се налага да крия и трите. Представям си живота с чантата на Хърмаяни Грейнджър. Малка торба с невиди-

мо гъно, способна скришно да побере няколко тома трудни за вярване истории.

## Какво да кажат хората?

Нали знаете, когато ваша приятелка забременее и започне да говори за промените в тялото си, в диетата, в спането? За подготовката, за медицинските прегледи, за добавките, които пие.

Ами, в първите месеци след диагнозата, аз исках да бъда тази приятелка. Мислите ми текоха в множествоно число – аз и моето биполярно разстройство. Всекидневно прекарвах часове в четене на книги по темата и писане във форуми. Инсталирах нови приложения на телефона си, за да следя прогреса ни. Чувствах, че предстои нов живот и исках да го споделя с близките си. Наистина, може би очакванията ми са били нереалистични.

Вместо това вървах в обувките на приятелката, която се е завърнала от погребение на близък. Скръбта беше изписана по лицето ми и можеше да бъде адресирана само с титрувани през седмица въпроси: „Как си?“ и „Ходиш ли все още на терапия?“.

В България хората не обичат да говорят за смъртта и за тъгата, а не можеш да обсъдиш биполярното разстройство, без да споменеш и двете.

*Между 25% и 60% от хората, диагностицирани с биполярно разстройство, опитват самоубийство веднъж в живота си, а между 4% и 19% извършват самоубийство. Биполяр-*

*ното разстройство е фактор в до 14% от извършените годишно самоубийства в световен мащаб, което се равнява на приблизително 24 000 души годишно (Schaffer et al., 2015).*

## Какво е биполарно разстройство?

Биполарното разстройство, или маниакалната депресия, е споменато за първи път от Хипократ около 400 години пр. Хр. Древногръцката представа за смяната на „студена меланхолия“ с „гореща меланхолия“ описва доста ясно това заболяване, а именно преминаването през интензивни състояния на тъга (депресия) и еуфория (мания), породени от изменения в определени части на мозъка.

Древните гърци са запознали с физиологическата предпоставка за разстройството още в 1. век, когато то е описвано редом с епилепсията. Но стотиците години, изминали преди западната медицина да успее да докаже наличието на такава физиологическа предпоставка, са осеяни със странни истории, може би най-интересната от които включва сингапурски военнопленнически лагер и няколко неподозиращи морски свинчета.

По време на тригодишен плен през Втората световна война Джон Кейг, австралийски лекар, забелязва, че въпреки еднаквото ниво на стрес, някои от съпленниците му извяват симптоми на значителна емоционална нестабилност, а други не. При аутопсията на телата на войниците с маниакални или депресивни симптоми, той открива физиологически изменения в някои от тях (Cade, 1949).

След края на войната в една гървена барака той започва търсенето на физиологическата предпоставка за маниакалната депресия, която почти десетилетие по-късно ще бъде класифицирана с термина „биполярно разстройство“. Кейг решава, че тествайки урината на пациенти, ще разбере дали маниакалната депресия всъщност е биохимично състояние, а не душевно. За тестови обекти избира морски свинчета. Така той открива, че инжекциите с проби от урината на пациенти с маниакално-депресивни симптоми са много по-високо токсични и смъртоносни за животните, в сравнение с тези от хора без такива.

За да улесни изследването на уреята, той добавя литиев урат, една от най-разтворимите от познатите тогава соли. Неочаквано за учения, това всъщност променило не само разтворимостта на уреята, но и нейния ефект върху морските свинчета – тя станала по-ниско токсична. Така е открито първото ефективно лечение за симптомите на биполярно разстройство, а именно литият.

## Защо е толкова трудно за вярване?

Погледнато отстрани биполярното разстройство може да изглежда по-близко до личностните проблеми, отколкото до шизофренията. Човек, който понякога спи малко и говори много, а други пъти спи много и говори малко. Или харчи пари и пее повече от обикновено. Или пък не излиза и не ходи на работа. Всичко това и урината му убива морски свинчета? Това е, меко казано, странно.

Но трудното за вярване е още по-трудно за разбиране. Най-тежките симптоми на разстройството остават поч-

ти невидими за околните. Манията и хипоманията обичат да имат публика, но депресията най-често избира затворени врати. Ироничното е, че близките на един биполярен човек може да го познават като весел и авантюристичен образ. А междувремево в психиатрията, диагнозата за БР статистически идва след погрешна диагноза и лечение за униполярна депресия, т.е. клинична депресия (Stiles et al., 2018).

Обикновено минават години преди някой да събере пълния образ – затова и **средната възраст за диагноза на биполярно разстройство е между 25 и 30 години**. Обикновено до тогава заболяването вече се е задълбочило. Всеки един епизод увеличава вероятността за последващ, уврежда мозъка и повишава резистентността към лекарствено лечение.

Ранното диагностициране и започване на специфично лечение преди 18-годишна възраст значително увеличава шансовете за ремисия посредством медикаментозна терапия (Post & Kauer-Sant'Anna, 2010). А това е най-доброто, на което може да се надява един човек, страдащ от БР.

## Какво променя диагнозата?

Едно от най-тъжните неща в това да имаш рядко психиатрично заболяване, освен че си попаднала в грешните топ 2% от населението, е, че се превръщаш в стереотип. В годините преди диагнозата си, между 14- и 28-годишна възраст, несъзнателно съм вървяла по стъпките на хиляди хора, страдащи от биполярно разстройство.

Напуснах гимназия, злоупотребявах с наркотици и алкохол, на работа често излизах в болнични, не завърших

висше образование, изпусках рождени дни, погребения, сватби, кръщенета и процъпулници, отлагах всички лекарски часове с години, харчех пари, които нямам.

Междувременно бях сред най-високо оценените в училище и в университета, и сред най-успешните в офиса. Много често слушах за потенциала, светлото бъдеще и успеха – всички неща, които ми бяха в кърпа вързани, стига само да овладея една от най-уважаваните човешки способности, дисциплината. Да спя по осем часа, да се храня добре, да не мързелувам, да не се карам с хората, да сгържам гумите си, да спазвам уговорките си, да мисля дългосрочно, да упражнявам самоконтрол.

Ами, ето това се промени. Преди диагнозата се виждах като неудачник и несбъднат потенциал, просто едно невъзпитано дете. А сега се виждам като болен човек. И не съм мислела, че някога би ми било толкова важно и другите от време на време да ме виждат като такъв.

## **Как се отразява биполярното разстройство на качеството на живот?**

Част от симптомите на биполярно разстройство са:

- смени в настроенията (липса на емоционална регулация);
- импулсивно поведение;
- хиперсексуалност / хипосексуалност;
- бърза мисъл и реч / влошена когнитивна способност;
- флукутиращо самочувствие (от себеомраза до мегаломания);

- инсомния / хиперсомния;
- депресия;
- самоубийствени мисли.

За мен въпросът: „Кои части от живота засяга биполярното разстройство?“, е почти равностоен на „За какво отговаря мозъкът?“. Налице са проучвания, които разглеждат ефекта на разстройството върху метаболизма, системи на органите и мускулите. Открита е връзка между БР и увеличен риск от **захарен диабет, хипертония, исхемична болест на сърцето, сърдечни заболявания и инсулт** (Post & Kauer-Sant'Anna, 2010).

А в личен и професионален план... Как се задържаш на работа, ако не можеш да станеш от леглото? Как поддържаш добри отношения с преподаватели, шефове, колеги, приятели и романтични партньори, ако не можеш да сдържаш емоциите си? Как спестяваш пари, ако взимаш импулсивни финансови решения? Аз лично съм се проваляла във всяко едно от изброените.

От медицинска гледна точка се считам сред късметливите. Никога не съм била в психиатрично заведение и никога не съм страдала от психоза. В България наличието на афективна психоза е изискване за получаване на социална помощ от **ТЕЛК при биполярно разстройство** (ПМС № 120, 2017).

Психозата е едно от усложненията, срещани само при биполярно разстройство тип I, разглеждано като по-тежкото от двете заболявания. В момента в българското законодателство симптомите на БР, различни от психоза, както и диагнозата за БР тип II, не са свързани със степен за намалена трудоспособност. В този смисъл биполярно-

то разстройство само по себе си не е класифицирано като здравно увреждане в България и съответно не се разпознава като такова от страна на учебни заведения и работодатели.

## Разликата между I тип и II тип биполярно разстройство

Ключова разлика между тези два типа биполярно разстройство е наличието на мания при БР от I тип – много силно изразена епизодична проява на импулсивно поведение, инсомния, мегаломания и хиперсексуалност. Маниакалните епизоди при БР тип I значително се отличават от епизодите на хипомания, характерни за БР тип II, които наподобяват продължителни периоди на приповдигнато настроение и понижена нужда от сън. За разлика от хипоманията, манията оказва силно, потенциално опасно влияние върху живота на страдащия от разстройството и на околните, особено в случаи на психоза. Поради тези тежки усложнения в резултат на маниакални епизоди, основната част от проучванията и леченията за разстройството са посветени на БР тип I.

Но в последните години някои изследвания показват, че докато при БР тип I съотношението между мания и депресия е 1:3, при БР тип II то е 1:37. Хората, страдащи от **биполярно разстройство тип II прекарват над 12 пъти повече време в депресивни епизоди спрямо тип I** (Judd & Schettler, 2010).

Биполярната депресия се разглежда като тежко, инвалидиращо състояние, при което вероятността от извършено самоубийство е пет пъти по-висока спрямо уни-

полярната депресия (голямо депресивно разстройство или клинична депресия). Биполярната депресия е изключително неподатлива на лечение, а употребата на антидепресанти се определя за високорискова, тъй като в повечето случаи предизвиква хипомания и значително влошава състоянието на пациента.

Биполярната депресия се отличава от униполярната депресия (клиничната депресия) с възможността за така нареченото смесено състояние. При него импулсивността и високата енергичност, характерни за хипоманията, могат да се проявят *едновременно* с депресията и самоубийствените мисли. Наличието на смесено състояние е предпоставка за висок риск от самоубийство.

В свои думи, ако мога да поставя нещата по-графично, депресията се усеща като отрова, която се утаява в тялото ти и те парализира в продължение на седмици. А смесеното състояние – като киселина, която на момента изгаря вените ти, съчетана с убедителен, почти загрижен глас, който ти напомня, че има един лесен начин да я излееш навън.

Надявам се, че при морските свинчета е минало по-леко.

## Какво следва?

Макар наличието на научни данни за сериозните увреждания, причинени от маниакална депресия, тя бива пренебрегвана от медицината, институциите и обществото.

*Биполярното разстройство засяга приблизително 2,4% от световното население и е свързано с намалено функциони-*

*ране, когнитивно увреждане и понижено качество на живот като доживотно и повтарящо се разстройство. То е една от водещите причини за увреждане при младите хора. (Zhong et al., 2024).*

За сравнение приблизително 2.4% от населението на САЩ живеят със зрителни увреждания. Двата вида увреждания не подлежат на сравнение, разбира се. Но според Световната здравна организация биполярното разстройство е шестото водещо здравно увреждане на света.

В същото време е почти невидимото страдание на близо двеста милиона души, познато само чрез музиката на легендарно тъжни хора като Нина Симон и Кърт Кобейн. Бива приравнявано с лошите дни, хормоналния дисбаланс, нездравословния начин на живот. Истината е, че е животозастрашаваща болест, стара, колкото епилепсията.

Нямаме нужда от специално отношение в киното, но иначе имаме почти навсякъде другаде. В повечето ситуации се сблъскваме или с хора, които не виждат какво ни е, или такива, които не виждат с какво може да ни се помогне. И наистина, за момента нищо не може да излекува биполярното разстройство, но почти всичко може да подобри живота на хората, които страдат от него.

Започвайки с разпознаването на симптомите и усилията – защото при БР няма просто всекидневна борба, а борба за всекидневие изобщо.

Има още хиляди неща, които могат да се кажат за живота с болестта, защото, признавам, може би говорех твърде много за смъртта. Не съм споменала страничните ефекти от лекарствата, възможността за дългосрочно

намаляване на когнитивните способности, финансовото бреме, усложнената бременност и страха от наследствеността на болестта.

Не съм споменала също и изкривената красота на разстройството. Огромният поток от креативни идеи, желанието за приключение, дългите разговори с непознати, невероятните истории и усещането, че в някои дни целият свят ти принадлежи. Но хората с биполарно разстройство не могат да си позволят да виждат само хубавите неща, затова и близките им също не могат. Ако някой често изчезва за месец, казвайки, че не е добре, но после ви търси, размисва ви и ви кани на приключения – той все още не е добре. Не му е минало, болестта не е изчезнала, симптомите на депресия винаги се завръщат, а при липса на медикаменти, терапия, финансова сигурност и подкрепа от близки, се влошават с времето.

Вече обсъдихме какво се случва тогава, в до 60% от случаите, но какво може да се случи иначе? Ако всички тези неща са налице и животът за хората с биполарно разстройство се подобри? Ако двеста милиона души се завърнат в обществото с пълна сила, готови да споделят енергията, идеите и способностите си с околните? Може би оптимизмът ми е преувеличен, но какво да направя, не мога да се сдържа.

# „Трябва да се отнеме властта на психиатъра“

## ЕДНО ИНТЕРВЮ

*Представяме ви интервю с работещ в сферата на психиатричната грижа. Текстът е анонимизиран по желание на интервюирания.*

**Интервюираца:** Трябва да започна това интервю с няколко думи за това от каква позиция го правя, а именно – не само като активистка и като занимаваща се с хуманитарни изследвания, но и като роднина на човек с тежко психично заболяване. Затова и интересът ми към темата за ситуацията с психиатричната грижа в България е както личен, така и политически.

Много ми е трудно да мисля за тази сфера извън рамката на дефицита, липсата и чувството за безизходица...

**А.** В нашата система липсват инвестиции в персонал, който всъщност работи с пациенти. Това са медицинските

сестри, санитарите, психолозите, социалните работници. Психиатрите, както вероятно знаете, обикновено нямат достатъчно време, ако имат някакви срещи, те са краткотрайни... реално, те нямат чак толкова голям контакт с пациентите. И в същото време те са хората, които определят правилата.

Проблемите са много и са трупани през годините. Всъщност, ако се погледне исторически, цялото това забавяне с изграждането на кадри и със строежа на болници или пък с приспособяването на съществуващи сгради – психиатрията е останала на последно място като дисциплина. Винаги това, което е получавано, са някакви истински непригодни постройки, като някое бивше АПК\* (например в с. Карвуна), бивш затвор, бивши конюшни и така нататък...

**И.** Това е показателно за отношението към хората, които се очаква да пребивават в тези постройки...

**А.** Да, по възможност трябва да са далече от очите. Една от любимите опорни фрази за онези, които са носталгици по онова време [на държавния социализъм – *Бел. ред.*] е, че по улиците не е имало клошари и т.н. Ами как да има, като психиатричната мрежа се е разгърнала до... по едно време са били 10 000 психиатрични легла. Условията няма да ги коментираме. Между 70 и 80 000 са били местата в различните социални домове. Тоест имало достатъчно места наистина да не се виждат тези хора.

\* АПК = аграрно-промишлен комплекс – стопанска организация, обединяваща селскостопански кооперативи и държавни предприятия по времето на соц-а. – *Бел. ред.*

През 2001 г. в дома в с. Санадиново\* намират клетки, в които са пребивавали жени. Това е един от малкото домове, чийто директор е психиатър, което мисля, че е достатъчно показателно за случващото се.

През 2004–2005 г. младите психиатри в България под 40 г. бяха 108. Сега, ако броим за млади онези под 50 г., бройката е около 70. Така че виждате как се случва промяната. Всъщност проф. Миланова\*\* е национален консултант по време на всичките тези нещастни случаи от последните години – всичките изгаряния, доклада на Комитета по предотвратяване на изтезанията. Тя един път не е излязла да каже какво се случва. Двете психиатрични асоциации също тихичко казват, че всичко е наред.

**И.** Това отваря един интересен въпрос, тъй като Вие започнахте с назоваване на разликите и приемствеността в проблемите сега и по времето на соц-а. В други страни, например Италия, от 1970-те години насам се разгръщат широки антипсихиатрични движения, обвързани с други социални движения. В България това действително не се е случило. Същевременно

\* Дом за жени с умствена изостаналост. Вж. доклада на Амнести. Интернешънъл Интернешънъл след посещение на организацията на дома на 1 октомври 2001 г. на <https://www.amnesty.org/es/wp-content/uploads/2021/06/eur150022002en.pdf>

Съкратен превод на български език е достъпен в България, Санадиново: Предверието на ада, mediapool.bg, 22.04.2000. Домът е затворен на следващата година.

\*\* Проф. Вихра Миланова завежда психиатричното отделение в Александровска болница.

обаче вече живеем 35 години извън социализма. Тоест колко дълго още можем да наблюдаваме на соц наследството като аспект, който определя характера на настоящето? Тежкото социалистическо наследство и социалистическият менталитет... малко започна вече да се изтъква сякаш?

**А.** За съжаление, в психиатрията нещата никога не са се променяли. Защото винаги основната фигура е на психиатъра. А опитите за овластяване на пациента са малко и по-скоро екзотични. Психиатричната идея е по-скоро да бъдат потиснати симптомите – никой не разсъждава за бъдещето, за това как да бъде подбрана специфична терапия и на кои пациенти. В същото време всеки, който критикува системата, независимо от коя страна – дали ще е пациент, близък – той тутакси бива заклеймен като антипсихиатър.

Антипсихиатричните движения всъщност не са едно движение. В повечето случаи е имало колаборация между лекари, пациенти, близки и т.н. Даже хората, които са искали да променят системата, от самото начало не са искали да бъдат наричани антипсихиатри. Това тук никога не се е случвало.

**И.** Добре, а къде виждате дефицити в изграждането на инфраструктура за психична грижа?

**А.** Общо взето, никога не се стига до пълното изграждане на тази мрежа от диспансери, която от времето на соц-а е предвидена да предоставя извънболнично лечение и която

никога не е адаптирана за българските условия, тъй като ние възприемаме съветския диспансерен модел.

Това има отношение и към изграждането на кадри. Много изостават и опитите да се изградят психиатри – да не говорим за останалите кадри като медицински сестри, санитарни, социални работници. За периода 1960–70 г. броят на невролозите нараства и те стават по-голямата част от хората, които работят в системата.

**И.** Ако се обърнем към темата за условията на труд в психиатричната грижа, мисля, че е несъмнено, че хората, които работят в сферата, не са достатъчно на брой и това прави работата им толкова трудна. Мисля, че наскоро четох, че в психиатрията във Варна, където наскоро изгоря пациент, поставен в изолатор, е имало един човек на смяна по време на инцидента...

**А.** Не, това е грешка, която един човек, който не работи в системата, много лесно може да допусне. Един е бил *лекарят*. Той винаги е един на дежурство, няма как да има повече персонал. В заведението, в което аз съм работил, винаги на смяна е имало поне по един представител на средния персонал, един санитар и дежурния лекар.

**И.** На колко пациента?

**А.** На около 200 легла. Във Варна би трябвало да е била същата ситуация – тоест, ако са четири отделни сгради, трябва да има осем човека персонал плюс дежурния лекар.

И. И това е достатъчно според Вас? Тоест не може да се търси в липсата на достатъчно персонал към този моментни причина за това... престъпление, реално.

А. Не мога да квалифицирам случая като престъпление, защото това е работа на съда. Но има тежки нарушения в Наредбата за временно физическо ограничение. За да бъде фиксиран човек в рамките на леглото или да бъде вкаран в изолатора, той трябва да бъде вкаран в изолатора с помощта на четири обучени човека. Откъде се е взел персоналът, който го е въвел в изолатора и който го е фиксирал, е енигма. Отделно от това, в самата Наредба е посочено като задължително условие да има комисии, в които да участват определени представители, а тези комисии трябва да оценяват ситуацията (например дали има недостиг на персонал) и да се събират доста често – мисля, че на около всеки три месеца. В такъв случай става дума за пропуск на самата комисия, а съответно и груб пропуск на този, който ръководи лечебното заведение.

Най-важното нещо е, че фиксацията и изолацията трябва да е *активно* мероприятие. Тоест, човек, който назначи фиксация, трябва да осигури сестра, която да е до леглото на болния. Тоест това е най-тежкото нарушение. Да се обяснява, че човекът е сам виновен за смъртта си, е пълна глупост – най-вече от прокуратурата. Има тежка поредица от нарушения. Тази комисия трябва да се събира и да отчита имало ли е, нямало ли е персонал, как са назначавани тези фиксации... Всичките тези неща, които, като се срещнете с някои от психиатрите в мейнстрийма, ще Ви кажат, че са обичайната традиция. Така се прави.

**И.** Значи е много вероятно тези медицински лица просто да не гледат на пациентите си като на хора. Защото ако се поставиш на мястото на човек, който е фиксиран часове наред... Това е някаква абсолютна дехуманизация, а не просто нормативно нарушение.

**А.** Това не се изучава в рамките на обучението по психиатрия. Никой не ме е обучавал как да се фиксира пациент, как да се изолира, никой не ми го е демонстрирал. Това е медицинска мярка, а не наказание. Това, което се предполага – и за случая в Ловеч, и за случая във Варна – е, че човекът се е скарал с някого от персонала, бил е неудобен, както каза една колежка, „наритал го е санитарят“ и го е завързал, за наказание. Това е хипотезата – не мога да кажа, че е било така със сигурност. Но общо взето, да си представим една голяма болница, каквато е Раднево. Раднево има шест мъжки и три женски отделения, в един момент имаха 420 легла... Само си представете за каква площ става дума! Лекарят няма дори физическата възможност да направи визитацията на такова количество пациенти. 420 пациента – това е по една минута на пациент, без да смятаме времето за ходене и т.н.

През 1970-те години е направено едно много интересно изследване за това колко време отделят психиатрите на социалните потребности на пациентите – в диспансерите в Русе и в Бургас средното време е било 21 секунди.

**И.** Отчитайки това, че предвид описаните условия всъщност не е много ясно дали за един човек с психичен проблем е изобщо добре да бъде настанен в психиатрично заведение, от друга страна достъпът до психична

грижа въобще не е лесен. И моето семейство се е сблъс-  
квало с големи трудности в тази връзка, да не говорим  
за хора в друго положение. Така че въпросът ми е за това  
как съществуващи форми на неравенство допълнител-  
но усложняват достъпа до психична грижа?

А. аз не мога да кажа, че може да се говори за някаква особена  
грижа. В нашите психиатрични болници няма никакви усло-  
вия за нормален живот. Нямаш собствена баня или тоалетна  
в стаята, достъпът до топла вода е силно ограничен. Това са  
хигиенни условия, които би могъл да изтърпиш. Но си пред-  
ставете да живеете три или шест месеца на такова място. В  
повечето случаи, ако имаш някакъв достъп до телевизия, ти  
не определяш какво да гледаш. Няма библиотека или, ако има,  
достъпът е силно ограничен. Няма никакви условия за спорт.  
Има някакви разбити фитнеси, които се промотират като  
добра практика, но няма възможност за никакви спортни  
занимания, каквито са, да кажем, баскетболът, плуването...  
Плувен басейн в българска психиатрия... Мисля, че вече отивам  
към някакви фантасмагории, които никога няма да се случат.  
Камо ли пък достъп до църква или пък, ако си с друга религия...  
и т.н. и т.н. Това го няма. И фактически това, което се случва,  
е, че аз влизам в психиатричната болница, оценяват ме, да-  
ват ми едни лекарства и аз гледам как да мине денят. Денят  
ми минава, като се разхождам по коридора, често пъти дори  
нямам възможност за чист въздух, тоест аз съм затворен в  
това помещение. Ако са преценили, че съм опасен, са ми взели  
и очилата или слуховия апарат – лишен съм от възможност-  
та да гледам телевизия или да слушам каквото и да е, и гледам  
как да минава времето.

В ДПБ Бяла има един социален работник и един психолог. Мисля, че има 180 легла – как би могло да се обърне внимание на хората и да бъде организирано свободното им време? А времето им е много. Когато не се упражнява дадена дейност, това води до нейното закърняване.

И. Да, разбирам, че е така, но въпросът ми е свързан с това какви възможности имат семействата и самите пациенти. Всичко това ние го знаем – че да бъдеш приет в психиатрията е нещо като да са те вкарали в затвора...

А. Не, условията в затворите, по данните на Българския хелзински комитет, са тотално променени. Осигурено е минималното пространство на легло, 4 м<sup>2</sup>, а има психиатрици, в които имаше по 3,5 м<sup>2</sup> – при положение, че нормата е 6,5 м<sup>2</sup> на всяко медицинско легло. Има тоалетни, има бани в затворите, има възможност за собствен телевизор на леглото, има задължително пребиваване на чист въздух, и т.н. Така че условията в затворите са много по-добри от психиатриите.

И. Мисълта ми е, че в момента социалното разбиране за престоя в психиатрията е като за най-голямото наказание, което може да се случи на един човек. Докато има случаи, когато например едно семейство и близките хора не могат да се справят сами с грижата за човек с психично заболяване. Не може изборът да бъде или едно място на изтезания и насилие, и пълна липса на отговорност и грижа към хората, които имат нужда от подкрепа, или затваряне в семейството, което не винаги може да предостави нужната грижа.

А. Дефиницията на Българската психиатрична асоциация е, че те полагат „грижи“ в психиатричните институции. Но това е приютен тип грижа, ако приемем, че изобщо е грижа. Това, което трябва да се случи, е нещо, за което е имало опити и по времето на социализма – гали от Министерството на здравеопазването или на социалните грижи – тоест трябва тези министерства да комуникират. Стига се отново до това, че трябва да има обучения. Защото социалните работници от Софийския университет ги обучават хора, които нищо не разбират от психиатрия, те ги обучават за това какво е заболяването от шизофрения, че това са хора, които са опасни и които трябва да бъдат въдворявани в клиники. Да, понякога това се случва, но това се случва в кризисни моменти, случва се, когато това напрежение, което се създава в семейството – а то е неминуемо – достигне своя връх. И в такива случаи е необходимо човек действително да бъде в изолирана среда по една или друга причина. Но това не е априори за всички пациенти с шизофрения или за всички пациенти с биполарно афективно разстройство. Много от тях функционират на високо равнище. Включително в СУ има една Психиатрия, в която пише за такива методи на лечение като малариотерапия, за инсулин-коматозна терапия – неща, които отдавна не съществуват. И това, което може да се прави също, е неща като Глобалната инициатива в психиатрията. Те имат два центъра за психо-социална рехабилитация, в които са включени пациенти, и които имат различни програми не само за социална, но и за трудова рехабилитация. Така че това е, което трябва да се направи. Медикаментите са окей, но те не могат да върнат човека към трудови навици или към социалния живот.

В същото време, трябва да се отнеме властта на психиатъра, тя трябва да бъде делегирана – било на човека, било на социален работник, било на психолог. Това е нещото, което, според мен, много притеснява психиатрите в България – че ще им бъде взета властта и възможността да бъдат финансирани.

**И.** Добре, Вие откъде бихте започнали, ако от Вас зависеше някаква реформа в сферата на психичното здраве?

**А.** Вече, страхувам се, е много късно за намаляващия брой млади хора...

Но едно от нещата, които се прави и които се надявам да продължи, са обученията, свързани с човешки права: даване на информирано съгласие, деескалация на напрежението, изучаването на базисните човешки права. Никой в психиатричната институция не разпознава нарушаването на човешките права – това, че ти си лишен от топла вода, тоалетна, тоалетни принадлежности и т.н. не се разпознава като нарушение на човешките права. Съответно самият персонал също изпитва много нарушения на техните права, но те се изживяват като героизъм, които полагат „грижи“ и които смятат, че в тази трудна обстановка се справят. Така че обучението в и защитата на тези права – това е начинът да бъде изградена някаква съпротива, която да идва от пациентите и от техните близки.

**И.** Един пациент и неговите близки много зависят от тази система. Струва ми се, че трябва да има някаква алтернативна мрежа на солидарност, която да ти поз-

воли да се почувстваш достатъчно уверен, че, отпразнавяйки критика, после няма да пострадаш от това.

**А.** Много от нещата не са ясни. Като се преглежда документацията за фиксация, изолация – всичко е точно. В същото време хората съобщават, че са били 24 часа или повече време вързани.

**И.** Да, но никой не им вярва, тъй като по презумпция причината, поради която те са там, е, че не може да се вярва на това, което казват и, че то е лъжа.

**А.** Същевременно при всяка една такава травма – фиксация или изолация – трябва да има дебрифинг. Защото иначе се превръщат в рутинна практика и самият персонал губи чувствителност към това, което налага като мерки. Ако всеки отделен случай се разглежда от гледна точка на това как е протекъл, какво е наложило и как се е стигнало до налагането на такава мярка, тогава вече човек може да има самореглексия за това какво и защо прави.

На фона на всичките тези проблеми, Българската психиатрична асоциация наскоро излезе с декларация за това, че всичко е ОК, което иде да покаже, че това са едни безсмислени и кухи структури, чиято единствена функция е да усвояват едни средства от фармацевтичната индустрия.

Аз мога да ви кажа как протичат научните конференции: симпозиум на фирма „Х“ или „У“... например в програмата на последната конференция през 2023 г. имаше само две научни съобщения, за които може да приемем, че са авторски.

**И.** Всичко останало е финансирано от фармацевтичната индустрия?

**А.** Да. Това никъде по света не се прави по този начин. Има пробойни на тази индустрия, но идеята е, че това не трябва да бъде афиширано и не трябва компанията да определя какво ще бъде представено, а то най-често е фокусирано върху медикаментите. При нас това се превърна в парад на фармацевтичните фирми.

**И.** Имате предвид академичните срещи?

**А.** Ако може да ги наречем „академични“ ...

**И.** Научни.

**А.** Ами друг пример е с това списание, което претендира, че е в SCOPUS и т.н. – вижте колко реклами има на последните страници. [показва pdf файл на „Българско списание за психиатрия“] Това е научно списание, което представлява Българската психиатрична асоциация! Къде тук има нещо, което да засяга например темата за правата или пък нещо, което е социално-значимо? Къде е мнението на асоциациите – било положително, било отрицателно – за приетия закон срещу „гей пропагандата“?

Обедняването на „ЛГБТИ“ е голям капан. Хомосексуалността не е психично заболяване, докато другите влизат в болестните категории.

И. Нецо, което е много оспорвано и срещу което има много съпротива...

А. Да, но към момента това е така. Именно заради това и БПА би трябвало да имат становище. При всички положения това становище трябва да се отнася към това дали трябва да бъдат обучавани хората... Още в края на 1930-те години проф. Кирил Чолаков излиза с издание, в което се обяснява нуждата от обучение в сексуално образование на децата в предучилищна възраст.

И. Ако се замислим върху пресечността на приетия ЗПУО и темите, които разглеждаме, знам, че куиър младежите са с много по-висок риск от развиване на разстройства като депресии, от самоубийство и т.н. Тоест, както при хората с психиатрични диагнози, и в този случай всъщност се оказва, че жертваме една вече маргинализирана група хора.

А. Да, защото надсловът на този закон е „спасяваме децата ви“. По същия начин в психиатрията казват „ние спасяваме счупените човешки души“. Това е контрапункт на това как се е развила психиатрията всъщност, при което се говори за възстановяване на нов житейски план. Защото ако аз вляза в ролята на психично болен, аз бивам заклеймен и се смятам, че съм вече в по-долна категория и не мога да функционирам на високо равнище. Кое не е така.

**И.** Ако трябва да съм честна, усещането сред голяма част пациентите и техните близки е за пълно изоставяне.

**А.** Ще цитирам един от заместник-председателите на БПА, който представи в едно изречение квинтесенцията на българската психиатрия: „Ние не искаме да ни проверяват“. Това е.



# Подкрепа по време на суицидна криза: Как да бъдем до тези, които страдат

КАЛИНА ЗАФИРОВА

Здравейте, аз съм изгряваща кинорежисьорка, куиър жена и горда AuADHD представителка (съчетание от аутистични характеристики и черти на синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност) и в този текст ще говоря за една от най-премълчаваните теми, а именно самоубийството и подкрепата на суицидни хора в кризисни ситуации. Тази статия няма да се основава на научни данни и социологически изследвания, а на моя личен опит. Темата е тежка и може да провокира различни емоции и спомени, затова ви моля да положите грижа към себе си, решавайки да прочетете този текст. Помислете си какви чувства, телесни усещания и спомени може да провокират у вас мислите за самоубийство. Бъдете подготвени за възможните реакции и помнете, че всяка една от тях е нормална. Разговорите за самоубийство могат да провокират паника. Нервната система се възбужда и в това положение е трудно да запазим спокойствие. Ако не се чувствате стабилни в текущото си емоционално със-

тояние, може би е по-добре да отложите четенето за друг път. Напълно окей е да четете статията с приятел наблизо или да си подготвите подкрепа, като предупредите някого, че може да имате нужда от разговор в случай, че темата ви повлияе емоционално. Помислете дали има нещо, което можете да направите предварително, за да се погрижите за себе си. Преценете дали имате вода до себе си, дали сте яли, дали да си направите чаша топъл чай или да си пуснете успокояваща музика за фон – ще помогне. Приложете това, което знаете, че би съдействало да се чувствате по-регулирани. Взимайте си почивка от четенето всеки път, когато усетите нуждата от такава. А защо и да не се наградите с нещо приятно, когато завършите текста? Възможно е тези предложения да ви звучат странно, но смятам, че е наистина важно да обръщаме внимание на собственото си състояние, посягайки към толкова тежки теми като тази за самоубийството.

Сега нека ви разкажа малко за себе си и защо пиша този текст. Имам трудности с психичното си здраве от дванадесетгодишна възраст. Борила съм се с булимия, анорексия, паник атаки, суицидни мисли и опити, както и с факта, че съм невроразнообразна\* и трудно се справям в този объркан свят. Интересът ми към темата и най-вече към възможните начини за намеса в кризисни ситуации започна в шес-

\* Невроразнообразие – описва естественото разнообразие в начина, по който функционират мозъкът и нервната система и признава, че различията в когнитивните и социалните стилове са нормални. Включва състояния като аутизъм, ADHD, дислексия и други като вместо да се опитва да ги „лекува“, цели да предостави подкрепа и адаптиране на средата.

ми клас, когато аз и моите приятелки страдахме от хранителни разстройства и често си споделяхме, че смъртта ни се струва по-добра алтернатива от живота. За съжаление, тази тема не се коментираше само в пубертета. Колкото повече пораствах, толкова повече хора срещах, които не знаеха как да продължат да живеят.

Търсила съм помощ от различни терапевти, кризисни центрове и канали за помощ за самоубийци както в България, така и в чужбина. Останах шокирана колко трудно е да намериш институционална помощ. На много хора им е невъзможно да се доберат до професионална подкрепа и това поставя въпроса как ние като общество можем да предоставим такава едни на други. Потисничеството в различните му форми – мизогиния, расизъм, трансфобия, хомофобия, ейбълизъм\* и други – често не получава необходимото внимание, когато се разглеждат причините, които тласкат хората към самоубийството. А именно формите на потисничество най-често са причината някой да избере смъртта пред живота.

Основната цел на този текст е да предостави информация за това как можем да помогнем на суицидни хора, които не могат да се обърнат към учреждения като диспансер или полиция и/или да споделят със семействата си; както и на тези, които са били от малкото, успели да получат институционална помощ и именно в спешните отделения и психиатричните клиники са преживяли наистина ужасни и травмиращи ситуации. Крайно време е да

\* Ейбълизъм – терминът се използва за обозначаване на дискриминацията, предрасъдъците и социалната прегубеденост срещу хора с видими и невидими различия в способностите.

нарушим мълчанието около самоубийството и да създадем нови умения или поне да придобием представа за това, което можем да се опитаме да направим в момент на суицидна криза. За съжаление, няма чудотворна рецепта, за която да гарантирам, че ще запази сред нас всеки, който се бори със самоубийствени мисли. Няма формула за „правилна“ реакция по време на намеса, която да работи за всички. През годините обаче съм събрала конкретни инструменти и съвети, които мога да ви предложа, а вие сте добре дошли да си „вземете“ това, което работи за вас, и да оставите настрана онова, което смятате, че няма да ви послужи.

Надявам се текстът да разчупи стигмата около самоубийството и най-вече около неинституционалната намеса и общностната подкрепа като ефективна опция за помощ. Дори и да вярваме, че професионалната помощ е най-доброто, което може да се направи и че друг вид намеса е трудно постижима и ненадеждна, аз съм убедена, че всеки може и трябва да придобие умения за подкрепа на тези от нас, които страдат. Често институционалната намеса е равнозначна на лишаването от автономност на страдащия човек и това носи повече вреди, отколкото ползи. Освен това процесът е тромав, болезнен, а понякога и просто недостъпен.

Затова нека да разрушим стигмата около темата. Нека говорим за самоубийството. Нека предоставим пространство на суицидните хора да говорят за него. Нека придобием средства и стратегии за позитивна намеса и да пренесем тези умения в бъдещи ситуации, в които някой се нуждае от подкрепа и грижа. Надявам се тези предложения да спомогнат за изграждането на мрежа от хора, които

знаят как да действат, когато институциите не могат да реагират адекватно. Тези умения могат да бъдат използвани и за самопомощ, ако самите вие се борите със суицидни мисли и нямате към кого да се обърнете, или ако хората, които ви подкрепят, влошават кризисната ви ситуация.

## Пасивни и активни самоубийствени мисли и суицидна криза

Да започнем с разграничаването на активни и пасивни самоубийствени мисли и разясняването на понятието „суицидна криза“ или „епизод“. Разбирането на тези термини е от съществено значение, тъй като всеки един от тях се проявява по различен начин и изисква различни форми на подкрепа и намеса.

Човек с пасивни суицидни мисли си мисли за смъртта, представя си я, но няма конкретен план да я изпълни или желание да се самоанараява. Тези мисли не са свързани с активно намерение да сложи край на живота си, а по-скоро с усещането за безизходица и желание да спре страданието. Този човек може да изказва болката си с фрази от рода на „Просто искам да изчезна“, „Иска ми се да не съществувам“ или „Мечтая да не се събудя утре“, но не прави стъпки към осъществяване на тези мисли. Тези усещания често са придружени от убеждението, че е товар и че околните ще са по-добре без него. Може да бъде и точно обратното – болката, която би причинил на околните, да спира развитието на тези мисли в желание за конкретно действие. Като пример мога да дам моя приятелка, която има пос-

тояжни и повтарящи се мисли за смъртта, но има дете и поради тази причина, по нейни думи, не може да си позволи да изчезне. Макар че този тип мисли не водят до действия, те са сериозен сигнал, който мозъкът изпраща, за да каже, че животът в този си вид е прекалено болезнен за живеене и усещането за смисъл е поставено на тънък лег. Ако това състояние бива negliжирано, то може да ескалира в активни самоубийствени мисли.

Активните самоубийствени мисли, от друга страна, са свързани с конкретно намерение и план за прекратяване на живота. Човек не само мисли за смъртта, но и планира как точно да я постигне – обмисля начините, по които може да го направи, подготвя инструментите, които са му нужни, както и изчислява най-подходящия момент за действие. В такова състояние усещането за неизбежност става все по-силно и рискът за действие значително се увеличава. Когато тези мисли станат доминиращи, те носят със себе си усещане за спешност – болката е непоносима, няма възможност за промяна, а самоубийството е единственият изход.

Суицидната криза (или епизод) настъпва, когато интензивни активни мисли достигнат своя връх. Това може да се случи внезапно или след дълъг период на мъчителни размишления. В епизод импулсивността е на такова ниво, че човекът е неспособен да се контролира. Всичко вътре в него крещи за незабавно действие, което би прекратило страданието. В този момент човекът не вижда алтернатива и се намира в състояние на емоционален и психологически срив, на крайна уязвимост, изискваща незабавна намеса. Бих искала да мога да посоча конкретни признаци,

които показват, че някой е в суициден епизод, но, за съжаление, самата природа на епизода е свързана с импулсивност, което го прави трудно предсказуем. Различните хора преживяват тези моменти по различен начин, така че поведението им може да варира значително. Аз, например, не мърдам, защото ме е страх от последствията, ако направя каквото и да е движение. Ако трябва да опиша как се чувствам, то усещането идва по два основни начина: когато чувството за спешност нахлува внезапно, изпитвам усещане като течност, която се надига до върха на главата ми и започва да прелива. Налягането ме принуждава да действам незабавно. Когато епизодът се развива постепенно, попадам в спирала от интензивни мисли, като мозъкът ми ме измъчва, докато достигна точката, в която съм готова буквално да продам душата си, само и само да накарам болката да спре. И в цялото това мъчение имам време да съставя конкретен план, който трябва да осъществя възможно най-скоро.

Усещанията в тези много различни по естеството си моменти са изключително индивидуални, което прави разпознаването на кризата и адекватната намеса още по-предизвикателни. Точно защото определянето на признаците е трудно, е от изключително значение да се обърне внимание на всяка промяна в поведението или мислите на човека. Особено ако забележите сигнал, който може да ви наведе до мисълта за нарастваща опасност. Следвайте своята интуиция и предлагайте подкрепа – както професионална, така и лична. Точно тя играе решаваща роля в предотвратяването на фатални последици.

## Как да говорим за самоубийство?

Съществуват митове около самоубийствата, които водят до множество вредни вярвания и поведения, и бих искала да ги развенчаем.

Първото такова вярване е, че ако повдигнем въпроса за самоубийството пред човек, който преминава през труден период, това може да го подтикне да направи крачка в тази посока.

Въпреки че може да ни се струва, че директното питане на някого дали има намерение да се самоубие или като цяло повдигането на темата може да увеличи риска, научните изследвания (напр. Blades et al., 2018; Dazzi et al., 2014; Ford et al., 2020) показват, че това не е вярно. Повдигането на темата за самоубийство не повишава вероятността от реализацията му! Трудно е да разбереш дали някой планира самоубийство, ако не му дадеш пространство да говори за това. Мълчанието, стигмата и срамът са много по-рисковани и опасни от възможността да провокираш неприятни емоции, задавайки директен въпрос.

Противопоставете се на социалните норми, които потискат темата и я държат в неизвестност. Нормално е да чувствате страх и затруднение, особено ако нямате опит в откритото говорене по темата. Бихте могли да репетирирате задаването на въпроси, свързани със самоубийството, с приятели или дори да ги задавате на себе си пред огледалото. Важно е вече да сте чули тези въпроси да излизат от вашата уста. Така, когато дойде моментът, в който се налага да ги зададете наистина, ще е по-лесно осъществимо. Най-силната грижа, която може да се пре-

достава, е да се говори открито и недвусмислено за самоубийството. Истинското освобождаване от страданието в изолация настъпва, когато някой ти покаже, че чувствата ти са легитимни и няма нищо срамно в тях, и то без да се паникьосва или да се отдръпва.

Реакциите на човека, когото питате за самоубийство, могат да бъдат много различни – страх, гняв, болка, объркване. Обикновено когато за първи път ми бъде зададен този въпрос, веднага отричам, независимо дали имам план или не. Но от този момент нататък зная, че има човек, който не се страхува да изслуша болката ми, без да трябва да смекчавам това, което изпитвам. И така в по-късен момент, когато отново се нуждая от подкрепа, знам, че имам към кого да се обърна. Можете да питате отново и отново, докато не сте сигурни, че сте чути.

Моето предложение за това как би могъл да звучи един такъв въпрос е следното: „Хей, много ме е грижа за теб и това, през което преминаваш, е наистина тежко. Искам да те попитам дали мислиш за самоубийство? Искам да те подкрепя по най-добрия начин и ми е важно да знам в момента така ли се чувстваш?“. Разбира се, най-добре е да използвате думи, които ви идват естествено и натурално. Само внимавайте с въпроси от типа „Мислиш ли да си посегнеш?“ или „Не мислиш за самоубийство, нали?“. Тези въпроси поставят в много неудобна ситуация суицидния човек, защото той знае какво искате да чуете като отговор и реално така не остава отворено пространство за разговор. Когато чуя така зададен въпрос, искам да успокоя питащия и дори да се чувствам комфортно да говоря за самоубийство, ще излъжа.

Хората се притесняват да повдигат толкова трудна тема, може би защото се чувстват сякаш заставят някой да говори за най-болезнените си мисли. Не забравяйте, че суицидният човек може да откаже да ви отговори. Може и да отговори, но да откаже да води разговор за това. Може и да излъже (както най-вероятно ще направи). Представете си този въпрос като засяване на семе – вие давате възможност да се разбере, че сте готови да говорите за това и когато човекът поиска, може да се обърне към вас – било то след дни, месеци и дори години по-късно.

Първият си осъзнат опит за самоубийство направих в седми клас и от тогава досега борбата със суицидните ми мисли е всекидневна. Въпреки това, едва на 21-годишна възраст започнах да споделям на приятелите си и да търся помощ. И първият човек, когото потърсих всъщност, беше момче, с което не съм имала контакт от години, но веднъж в гимназията беше отворило темата за самоубийството пред мен. В подобна ситуация бях и по-късно в Италия. Нямах никакви приятели, единствените ми социални отношения бяха свързани с работа. След тринадесет месеца борба да стигна до професионална психиатрична помощ най-накрая намерих такава. И то не защото съм страшно упорита, а защото институциите ме negliжираха до такава степен, че трябваше да направя опит за самоубийство, за да ми бъде обърнато внимание.

Прибрах се след първия ми ден в психиатрията. Бяха ми дали 50 страници документи, които трябваше да попълня и да дам съгласието си за това какви медикаменти позволявам да ми вливат венозно. Нямах придружител и не разбирах нито една думичка от тези документи. Пращах снимки на

страниците на по-близките ми познати, но понеже броят им беше огромен, никой не се зае да ми ги превежда. Получих паник атака в коридора на психиатрията пред погледите на медицински сестри и лекари, които спокойно си вършеха работата, без да ми обръщат внимание. След дълго страдание, дойде моят психиатър и ми каза просто да се подниша навсякъде. Не мога да опиша колко зле бях след това. Прибих се с влак и не зная откъде я извадих тази сила да не се хвърля на релсите и да стигна до вкъщи. В апартамента си вече не се побирах в кожата си. Живеех на седмия етаж, имах тежък суициден епизод и бях страшно импулсивна. В този момент се сетих, че едно човече, впоследствие станало приятелче, с което работихме заедно по първия ми пълнометражен филм, някъде някога ми беше казало да го потърся в случай на суицидна криза. Звъннах му и каза, че тръгва към мен. Едва издържах тези пет минути, които му трябваша да дойде. И хиляди пъти му благодаря за това изречение, с което ми показва, че можех да се обърна към него. Тогава в Италия си нямах никого и в изолация никога нямаше да се справя. Особено в онзи конкретен момент, когато чувствах, че институционалната помощ повече ми вредеше, отколкото ми помагаше.

## Да подхожим с разбиране и уважение

Когато се опитвам да помогна на други суицидни хора, обикновено им обяснявам накратко как мисля да ги подкрепя и какво бих направила, ако кризата ескалира. Така човекът може да вземе информирано решение дали аз съм правилната подкрепа за него в този момент. Така че помислете си

какво означава за вас намесата и попитайте какво означава тя за човека срещу вас. Винаги питайте от какъв вид подкрепа има нужда самия човек. Задавайте конкретни въпроси и изгответе заедно план за безопасност. Питайте дали се чувства в безопасност да говори за начините, по които се наранява или за опитите си. Това може да е изключително полезно за създаване на конкретни инструменти и стратегии. Най-добре да водите тези разговори в спокойна атмосфера, когато суицидният човек е стабилен и няма опасност да влезе в криза.

Изключително грешно е убеждението, че хората, които имат склонност към самоубийство, са изключително чупливи, че можем да ги сломим с едно погрешно движение, с една погрешна дума. Това не е вярно и изобщо не е справедливо да се разсъждава по този начин. Смятам това схващане за изключително ейбълистко, тъй като може да доведе до ограничаване на автономността на суицидните хора. Нямате си и представа колко пъти съм чувала, че не съм в състояние да взимам решения сама за себе си. Колко уничително е било загрижени за мен партньори да не ми позволяват да си взема душ, без да ме наблюдават, защото се страхуват да не се нараня. Колко пъти ми е било казвано, че не мога да напусна къщата без придружител, защото не може да се разчита на мен. Или пък някой мой близък откровенно да ме нарече луда, извинявайки с това факта, че ограничава моята независимост и/или ми отнема вещи, които смята за опасни – без мое знание и разрешение. Има разлика между това някой насила да ти изхвърли всички лекарства и това да те попита дали ако ги вземе, това би ти помогнало да не си навредиш с тях. Имала съм не една ситуация, в която

са ме обвинявали. Наричали са ме егоцентрична, манипулаторка и какво ли още не. Моля ви, не правете това. Зная, че тези реакции са породени от чувство за загриженост и желание да не предизвикате вероятни опасни действия. Зная, че си мислите, че знаете кое е най-доброто за вашия близък, но така само създавате йерархична динамика и омаловажавате страдащия човек. Никой не иска да се чувства суициден и никой не го прави, за да ви манипулира. Хората, които се борят със самоубийствени мисли, особено когато са постоянни и повтарящи се, са надарени с чудотворната способност да продължават да живеят всеки ден, въпреки болката, която изпитват. Те успяват да оцеляват постоянно – минута след минута, криза след криза. Не подценявайте устойчивостта, силата и опитността на хората, които подкрепяте. Не им казвайте, че не могат сами да взимат решения за себе си. Не ги обвинявайте за това, през което преминават. Не им казвайте, че преувеличават и че има толкова по-лоши ситуации.

Има много примери за събития и състояния на психиката, които могат да превърнат живота в невъзможен за живеене. Когато обичан от нас човек не може да се справи с последиците от преживяна от него травма, когато трудно приема голяма промяна в живота си, изпитва крайна скръб или е изтощен, е много важно да проверим как се чувства и да го попитаме директно дали има самоубийствени мисли, както и да му вярваме, че това, през което преминава, наистина е непоносимо.

## Институционална подкрепа и бариери

Въпросите за оценка на клиничния риск – въпроси като: имате ли план, средства за изпълнението му, кога планирате осъществяването му и т.н., за съжаление служат основно за избягване на съдебни спорове в случай, че пациентът със суицидни тенденции отнеме живота си.

Процедурата често е непоследователна и зависи от произволни фактори в системата. В моя случай след опит за самоубийство в България, когато бях повикани линейка и полиция, не бях отведена в болница или психиатрично заведение, както би следвало. Екипът на спешна помощ проведе основен медицински преглед и ме остави без по-нататъшни грижи. Оценката на клиничния риск се направи месеци по-късно в районното управление на СДВР, като в интервала от време преди да бъда привикана нито една институция не се свърза с мен, за да провери как съм.

Скандалното е, че самите институции често те принуждават да пишеш грешна информация при оценка на клиничния риск. В СДВР бях затворена в стая с двама полицаи, които уж трябваше да ме проведат през гореспоменатия въпросник, но всъщност ми диктуваха какво да пиша – че „вече не съм депресирана“ и че „имам гадже и съм щастлива“. Не ме пуснаха да си тръгна, докато не напиша, каквото ми казват, за да „си нямаме ядове“. Опитах се да обясня, че това е безотговорно и че аз наистина не съм добре, но в крайна сметка излязох, след като написах това, което искаха от мен.

Контекстът, в който се провежда оценката на клиничния риск, би трябвало да зависи от това дали институциите разполагат с информация за самоубийствени мисли или опи-

ми. В Италия дори след като многократно споделях със здравни институции, че имам такива, никой не предприе стъпки за оценка на риска, докато не съобщих за конкретен опит за самоубийство. Много ми се иска въпросникът да се използва като превантивна мярка дори при неясни сигнали за нужда от помощ, а не, както беше в моя случай, едва след настъпването на крайно интензивна криза и опит. Ако се прилага своевременно, могат да се избегнат трагични последици.

Това доказва, че всеки инструмент може както да подобри, така и да наруши менталното здраве, в зависимост от това кой го държи и как се използва. Чеклистът за оценка на риска е прекрасна идея и може да послужи като основа за истински грижовен разговор. За съжаление, моят опит не отразява това.

Гореспоменатите случки ни изправят и пред проблема, че самите въпроси за оценка на клиничния риск работят само за суицидните хора, представящи се по начин, който официалните служби могат да разберат. Отне ми време да схвана как да говоря с институции, за да бъде взета насериозно и да получа помощ. Както споменах по-горе, след цяла година лутане по институции като мигрантка, трябваше да достигна почти до фатален край, докато накрая някой всъщност чуе това, което му казвам. Давам си сметка колко привилегии имам като бяла жена и въпреки това за мен намирането на институционално съдействие беше почти невъзможно, камо ли за по-уязвимите групи от обществото.

Това ме е довело и до схващането, че институционалната помощ, в честни случаи и неправителствената, е недостъпна. Също така много суицидни хора се страхуват от

намесата на институции, защото биват изправяни пред изключително травмиращи преживявания.

В Италия взех решението, че не е нужно да водя моята битка сама (а и бях в държава с повече възможности да ми предостави застъпничество) и започнах да търся подкрепа. В началото се обърнах към феминистки кризисен център. При първото ми посещение помолих да вляза с приятеля си, защото изпитвах срам и страх да говоря за това, през което преминавам – това не беше прието с разбиране. Накараха ми се, че водя мъж в центъра. После пък започна кошмарната сага с придвижването до мястото на кризисния център. Беше далеч от дома ми и ми беше скъпо да плащам шест евро за градски транспорт, за да стигна до там. Пропусках лекции, за да успявам да съм свободна в часовете на сеансите си с психоложка, а такава нямаше. Или не идваше на работа, или бяха забравили да ми кажат, че отсъства в съответния ден. След втората сесия, която се случи след около 2 месеца безмислено разкарване до центъра, пък психоложката ми каза, че съм прекалено тежък случай и не може да ми помогне. Помолиха ме да потърся друго място. Въпреки че помощ реално от тях не получих, си позволиха – след като им бях отказала по доста красноречив начин – да ме снимат и да публикуват снимката ми със сърцераздирателно послание как помагат на жени като мен. В момента си давам сметка колко травмиращо е било това изживяване.

Мястото, където очаквах да получа най-малко помощ и от което най-много се страхувах – психиатрията, – всъщност беше най-добре. Имахме различия във виждането си за медикаментозното ми лечение – поради лична причина не желяех да приемам едно от лекарствата, което ми бяха

предложили, при положение, че има още сто на пазара със същото действие. Ако ме бяха послушали, когато им казвам, че идеята да пия този конкретен медикамент ме тревожи, щяха да ми спестят една седмица безсъние – било то провокирано от самото лекарство или от моята тревожност. Други неадекватни ситуации там бяха свързани с моя психиатър, който все бързаше за обяд и претрупваше сесииите ни, а и почти никога не си запазваше стая и постоянно, докато разказвах най-травмиращите събития в живота си, връхлитаха други лекари в кабинета. Когато събрах смелост да му кажа, че това не е окей, започна да се старее повече, но колко пациенти ще си позволят да правят забележки на психиатъра си? Като изключим тези неща, имах контрол над динамиката на лечението и наистина получих помощ.

Още един мит, който трябва да бъде развенчан, е, че е възможно да се предвиди кои хора със суицидни нагласи ще се опитат да сложат край на живота си и кои – не – от един чеклист за оценка на риска. Не трябва да забравяме, че опитите за самоубийство са импулсивни и не винаги могат да бъдат уловени от отговорите на тези въпроси. За суицидните хора самоубийството е нещо, което обмислят и планират постоянно. Така че тези мисли и намерения не са непременно показатели за повишен риск.

Понякога се налага да правим предположения за риска, основавайки се на познати социални динамики. Например, тийнейджърите с различен цвят на кожата, както и транс и кучър тийнейджърите, са по-склонни да имат мисли за самоубийство в сравнение с техните връстници. Заради това професионалистите не винаги приемат достатъчно сериозно техните преживявания. Стереотипите и неразбиране-

то на сложните социални процеси, които стоят зад страданието, водят до това пренебрегване.

Понякога сме склонни да вярваме, че знаем повече за ситуацията, отколкото самият суициден човек, но това не е честно спрямо него. Само той знае най-добре каква е реалността. Важно е винаги да вярваме на човека, който страда, и да се вслушваме в неговите чувства, вместо да разчитаме само на статистиката. Представете си свят, в който не се опираме на остарели изследвания, проведени предимно от бели хетеросексуални мъже от високата средна класа, а вместо това се доверяваме на хората, които подкрепяме, и на техните нужди. Вярвам, че най-добрият начин да оценим риска от самоубийство, е чрез нашите взаимоотношения. Моят съвет е да се вслушвате в собствената си интуиция.

## Солидарност и грижа вместо изолация

Широко разпространено е убеждението, че само емоционално балансиран хора могат да предоставят адекватна помощ в кризисни ситуации. Тази представа предполага, че професионалисти като социални работници, психолози и лекари не могат да са водили лични битки със самоубийствените мисли. Дори признанието на опит със суицидните наклонности може да застраши тяхната работа. Това е още един пример за стигматизация и липса на разбиране за същността на проблема. Често най-силната подкрепа съм получавала от хора, които също страдат. Знанието, че някой друг е преминал през подобно изпитание, прекъсва цикъла на изолация и срам. Разбира се, не всеки с такъв опит

има желание или капацитет да помага или да говори открито за преживяванията си. Това е напълно нормално. Всеки от нас сам определя кога и как е готов да предлага подкрепа и възможностите може да се променят в зависимост от момента и обстоятелствата.

Много по-удобно е за нас да вярваме, че съществуват експерти и професионалисти, които знаят какво да направят в кризисни ситуации. Институциите играят кардинална роля в осигуряването на подкрепа, лечение и стабилност за хората, които преминават през тежки периоди. Те могат да предложат разнообразни терапевтични методи и медикаментозни решения, подходящи за различните състояния. В много случаи именно тези институции са спасителен пояс за хора в дълбока криза, осигурявайки пространство за възстановяване и безопасност. Наличието на места, където може да се потърси помощ, е важно не само за самите хора, но и за техните близки, които също се нуждаят от подкрепа и насоки. Тези учреждения играят ключова роля в обществото и трябва да бъдат подпомагани, за да могат да предоставят по-добри ресурси и експертни знания, за да подкрепят по адекватен и ефективен начин хората, преминаващи през критични моменти.

Въпреки всички тези положителни аспекти, не бива да се заблуждаваме, че институциите са универсално решение за всеки човек и всяка ситуация. Различните хора имат различни нужди и понякога институциите не успяват да откликнат на тях по най-добрия начин. Не само защото често действат насилствено към пациентите си, а и защото има много хора, които системата не оценява като рискови и така те остават в изолация. Имам чувството, че общес-

твото е загубило умението си да се отнася към хората, които са прекалено много – прекалено болни, прекалено травмирани, прекалено стари – другояче, освен затваряйки ги в дадена институция. Мечтая за свят, в който не се опитваме да гържим хората в нужда далеч от очите си, живеем в солидарност с тях, заедно, споделяйки техните трудности и радости. Важно е да признаем, че не можем да разчитаме на институционалната помощ като единствена опция и тя трябва да е само част от по-широка мрежа за подкрепа.

Когато говорим за спасяване на нечий живот, не бива да се фокусираме само върху физическото оцеляване. Истинското оцеляване изисква много повече – подкрепящо семейство, сигурна общност, стабилна работа, достъп до образование и т.н. Грижата за човека не се изчерпва само до физическото състояние на организма; тя включва и емоционална, социална и икономическа подкрепа, без която едно пълноценно съществуване е невъзможно.

Имаме нужда от по-дълбоко разбиране и признание на невидимия труд, свързан с грижата, както и от справедливо разпределение на емоционалната и физическата отговорност при подкрепа на суицидни хора. Много често, когато липсва достъп до професионална помощ, именно близките на тези хора – най-вече жени – поемат тази тежест. Те осигуряват емоционална и физическа подкрепа, дори когато са в уязвимо положение. Този невидим труд трябва да бъде оценен и подкрепян. Колкото повече хора развият умения за намеса при суицидни кризи, толкова по-равномерно ще бъде разпределена тази отговорност.

## Подкрепа и намеса

Изключително болезнено е да виждате как ваш близък страда. Сигурна съм, че ви се иска някак да можете да снемете от него болката, която изпитва. За съжаление, най-вероятно няма как да промените обстоятелствата, които са го довели до това състояние и е трудно да съставите дългосрочен план за подобряване на ситуацията. Голяма част от тези обстоятелства са свързани със сложни и многопластови фактори. Капитализмът, с непрестанния си натиск за постижения, финансовите затруднения, несигурността на работното място или в личен план, системното потисничество, основано на раса, пол, сексуална ориентация и способност, личните кризи, свързани с откриването и приемането на собствената идентичност, липсата на подкрепа и социалната изолация, справянето с културните очаквания, посттравматичният стрес и хроничните заболявания са фактори, върху които ние като подкрепящи имаме много малко влияние.

Най-важното правило е да не изоставяте себе си, оказвайки грижа. Подгответе се, че предоставянето на подкрепа може да е дълготраен процес. Нужно е да намерите баланс между личните си нужди и ангажменти и тези към човека, когото подкрепяте, за да можете да предоставите помощ, която наистина е от полза.

Важно е да разпознаем, че динамиката между подкрепящите и търсещите подкрепа често носи йерархичен характер и трябва да се стремим да не ограничаваме ничия автономия. Оставете страдащия да определя посоката и темпото на вашето взаимодействие. Ваша роля е да оста-

нете до него и да му осигурите пространство да се изразява, а не да го контролирате. Не се паникьосвайте. Когато става въпрос за криза, това може да е изключително трудно. Кризите сами по себе си са страшни, но трябва да се доверите на способността на суицидния човек да оцелява. Отново повтарям: ние оцеляваме всеки ден. Важно е да овладеете емоциите и да останете като стабилна основа. Сигурно в главата си имате множество решения на проблема, но може би сега не е най-доброто време да ги предлагате. Това може да допринесе до емоционалното претоварване на суицидния човек. Не трябва да целите непременно да промените обстоятелствата пред човека или неговите чувства, а да бъдете близо до него, да му дадете пространство да говори, да слушате, да останете свързани. Понякога по-малко думи и действия дават повече резултат. Дайте му възможност да приеме чувствата си за обосновани и валидни. Бъдете искрени и предлагайте тази любов и тази подкрепа, която бихте гали и в друга ситуация. Не е нужно да променяте драстично поведението си. Не се опитвайте да бъдете някой друг. Напълно нормално е да сте несигурни в действията си и да се страхувате да не влошите епизода. В такъв случай можете да направите пауза и да помолите за време, за да размислите върху ситуацията. Няма правилен начин, по който да се грижите. Достатъчно е, че сте там и че се опитвате. Част от процеса на подкрепа е да правите грешки и даже бих казала, че е неизбежно да разстроите човека, за когото се грижите. Помнете, че всеки момент, в който сте с него, е момент, в който не е избрал да сложи край на живота си. Физическото присъствие по време на криза е от голяма помощ, но подкрепата може да изглежда и като ежедневни жестове на грижа – приготвяне на храна,

носене на покупки, изпращане на съобщения или просто споделяне на време заедно. Тези действия могат да изглеждат малки и недостатъчни, но точно те са радикален начин да бъдете нечия опора.

Ще споделя някои от нещата, които казвам, когато се намесвам в чужда криза, и тези, които имам нужда да чуя, когато съм в такава. Най-важното е да уверите, че разбирате защо човекът страда толкова много и че е нормално да бъде суициден при тези обстоятелства. Кажете му, че не ви идва в повече и че е лесен за обичане, дори когато е в криза. Напомнете му, че виждате колко много успява в битката си. Бъдете чувствителни и съпричастни без да използвате фрази като „всичко ще бъде наред“. Може никога да не е наред. Може животът винаги да боли. Не давайте напразни надежди.

Докато подкрепяте суициден човек, е добре да се концентрирате върху изготвянето на план за действие преди да е настъпил моментът на криза. Точно защото самоубийството е премълчавана тема, нямаме практиката да се подготвяме за него. Започнете със съставяне на списък с хора, на които страдащият може да разчита за бърза реакция по телефона, както и такива, които могат да се появят лично на място. Това може да са приятели, семейство, терапевт и горещи линии за помощ на самоубийци. Препоръчвам този списък да стои на лесно достъпно място – на телефона, на видно място вкъщи или в портфейла. Ако човека, когото подкрепяте, вече се е сблъсквал със суицидни кризи, попитайте какво е помогнало преди за преодоляване на епизода и включете тези неща във вашия план. Състоянието на физическото пространство също е много важно. Помислете дали може да се направи нещо, за да го

направите по-уютно и по-сигурно. Можете да помогнете с почистването на пример. Обсъдете дали има хора или предмети в заобикалящата среда, които предизвикват негативни емоции у страдащия, и помислете как можете да помогнете за минимизиране на техния негативен ефект. Не забравяйте за основните телесни нужди – когато те са задоволени, чувството на страдание намалява, било то и съвсем малко. Осигурете вода, храна, гуш или мокри кърпички за почистване, топли дрехи или завивки, вентилатор или климатик. Важно е да проверите дали човека, когото подкрепяте, се вижда с терапевта си или с този, с когото по принцип се чувства най-добре. Попитайте приятеля си как изглежда, когато не се чувства добре. Разберете какъв вид подкрепа е полезна за него и какъв вид подкрепа му вреди. Определете дейностите, които могат да помогнат за заетост и разсейване в момент на интензивно страдание. Аз гледам реалитита или слушам подкасти за убийства.

Организмът на повечето хора може да издържи в състояние на силна реактивност около двадесет минути, така че тактиката за овладяване на активни кризи е да опитате да облекчите поне малко страданието и/или да изчакате достатъчно време, за да намалее от само себе си интензивността му. Аз намирам за особено полезно сравнението между борбата със самоубийствените подтици и шофирането. Кризите са моменти, в които е контролът върху колата е изключително труден. Колкото и да ви се иска да поемете шофьорската позиция, това ограничава автономията на другия човек. Оставете го да управлява автомобила, а вие заемете пътническото място. Направете всичко възможно да запазите спокойствие и да се съсредоточите върху пътя

прег вас. Може да се наложи да гръпнете ръчната спирачка в критичен момент, но не поемайте контрол над волана.

Не винаги в рамките на критичните двадесет минути реактивността се овладява. Личният ми опит показва, че това състояние може да се задържи по-дълго, когато към него се включи фактор като инсомнията (безсънието). Мелатонинът, естествен хормон, регулиращ цикъла на съня, може да бъде много полезен в такава ситуация. Ако успеете да помогнете на човека да заспи, нивата на кортизол – хормона на стреса – ще спаднат и състоянието му ще се подобри значително, когато се събуди.

Понякога най-добрият начин за човек да премине през този наистина ужасен момент е да прибегне до действия, които можете да възприемете като опасни, като самонараняване или употреба на алкохол или наркотици. Нормално е да се притеснявате за рисковете, но е важно да разберете, че суицидните хора прибегват до тези стратегии, защото те предоставят облекчение в краткосрочен план. Искане ми се всички ние да имаме достъп до по-широк набор от ресурси и стратегии за преодоляване на кризи. В същото време, не искам да отнемеме от хората единственото средство, на което разчитат в такива тежки моменти. Лично аз стигнах до момент, в който абсолютно осъзнато и бих казала рационално избрах да си вредя и да извършвам рискови действия по време на епизод. Тази ескалация ми осигуряваше да прекарам следващите два-три дена в спокойствие, докато се възстановявах физически от причинените наранявания. Дълго време това беше единственият начин, по който успях да премина през криза, без да стигна до реално самоубийство. Затова е изключително важно да не осъжда-

ме стратегиите, които някой е принуден да използва, за да оцелее. Срамът не променя поведението; напротив, той кара хората да крият своите рискови постъпки. А когато тези рискови действия се извършват тайно и в изолация, те стават още по-опасни.

В процеса на отучване от това да използвам рискови стратегии, започнах да си задавам въпроса дали мога да изчакам някакво време – било то и само пет минути – преди да взема решението да прибягна до ескалацията като метод за справяне. Техниката на отлагане се оказва много ефективна за мен и съм я прилагала успешно и при намеса в криза на други хора. Има нещо успокояващо в това да знаем, че рискованата стъпка или самото самоубийство са винаги на разположение, но в момента се иска само да отложим за малко тази стъпка. Тактиката на отлагане може да включва изпълнението на две или три по-малко рискови стратегии, и само ако те не проработят и кризата не се успокои, да се премине към по-опасното действие. Например, за мен работеща алтернатива на поглъщането на много опасни медикаменти наведнъж беше да изпия голямо количество хранителни добавки или мелатонин вместо тях. На човек, който иска да употребява алкохол, може да се предложи първо да изпие шот с ябълков оцет. Ако все пак реши да пие, осигурете трезвен човек, който да е с него, както и безопасен начин за прибиране – например такси. Ако някой иска да се реже, може първо да нарисова върху кожата мястото, на което би се нарязал, и да използва гумен ластик, за да си причини болка там или да изскубне косъмчетата от зоната с пинсета. Ако някой иска да обгаря кожата си, може да приложи друг предмет с неприятна температура, който няма да

остава трайни белези или да използва електрическа пила за нокти. Ако въпреки всичко се стигне до същинското рязане, осигурете чисти инструменти, стерилни кърпички, дезинфектант и вода, както и безопасно място за изхвърляне на използваните материали. След горене, е важно да имате на разположение средства за охлаждане и лечение на раните – например стерилни превръзки, охлаждателни гелове и Дефламол. Ако вашият приятел иска да употребява наркотици, е важно да осигурите мерки за безопасност. Първо, помогнете му да намери надежден и безопасен източник на веществата, и ако е възможно, се уверете, че са с минимален риск. Ако се използват инжекционни наркотици, трябва да сте сигурни, че има нови и стерилни игли и принадлежностите за инжектиране, за да се избегнат инфекции и предаване на болести. Опитайте се приемането на тези вещества да се случи в безопасна и чиста среда. Подгответе се с основни средства за първа помощ, ако възникнат усложнения или нежелани реакции, като медикаменти за спиране на евентуални кръвоизливи. Бъдете на разположение, за да следите състоянието на вашия приятел, ако това е безопасно за вас. Тези методи, дори и да не елеминират напълно риска, могат да помогнат за намаляване на сериозните последици, докато се търсят по-безопасни решения.

Когато сме в ролята на подкрепящ, е от съществено значение да работим върху установяването и поддържането на нашите собствени граници. Подкрепата на човек в суицидна криза е солидно предизвикателство и може да бъде особено травмиращо в моменти на кризисна намеса. Важно е да осъзнаем, че не носим отговорност за спасяването или утължаването на живота на друг човек, дори когато става

въпрос за най-близкия ни. Необходимо е да се приеме, че понякога просто е невъзможно да се помогне или помощта ни не е желана. Ако се сблъсквате с това болезнено преживяване или вече сте го изпитали, помнете, че нямате вина. Наистина, нямате.

Нека бъдем реалистични относно помоща, която можем да предложим. Може би най-неприятното нещо, което съм преживяла, е да бъда заобиколена от хора, желаещи да ми помогнат, но които надхвърлят своя капацитет. Така освен за моите чувства, аз съм принудена да се грижа и за техните. А, повярвайте ми – това е трудно поносимо в криза. Подкрепата, която предлагаме, е много по-ценна, когато действате в рамките на възможностите си. Когато преминаем лимита си, подкрепата ни започва да изглежда като плод на задължение, а това води до повече вреди, отколкото ползи. Поставянето и спазването на граници изгражда доверие. Хората, които се чувстват суицидни, често се притесняват, че са бремене за хората, които ги подкрепят. Разбира се, отказът може да бъде потискащ за тях, но когато по-късно се съгласите да посрещнете техните нужди, това прави вашето „да“ още по-красноречиво.

Не обещавайте неща, ако не сте сигурни, че ще можете да ги изпълните. Нормално е да се оттеглите, ако вече сте преминали своя капацитет, но това може да бъде изключително мъчително за суицидния човек. По-добре е да поемате само онези ангажменти, които ви се струват реалистични и изпълними. Следете внимателно за усещанията, които ви сигнализират, че достигате своя предел. Ако забележите, че изпитвате негативни емоции към този, за когото се грижите, това със сигурност е знак. Познаването на тези сигнали

ще ви помогне да разпознаете момента, в който е време да потърсите подкрепа за себе си.

Поставянето на граници пред човек, който е реактивен и в състояние на интензивно страдание, може да бъде изключително рисково, дори смъртоносно, особено ако в този момент вие сте единствената му надежда. Докато сме в добро състояние и разполагаме с ресурсите си, съумяваме да сме по-внимателни, което увеличава шансовете нашите граници да бъдат приети и разбрани. Затова нека мислим за предупредителните знаци, нека ги уважаваме и, най-вече, нека говорим за нашите прегели в моменти на стабилност.

Предлагайте конкретни идеи за нещата, с които можете да помогнете – като водене на телефонни разговори, помощ с битовизми или съдействие в намирането на подходящ терапевт. За човек в криза е по-лесно да приеме конкретно предложение, отколкото да се опитва да формулира отговор на въпрос като „От какво имаш нужда?“. Също така, конкретните предложения дават ясна представа за помощта, която сте готови да предоставите.

Ако суицидният човек поиска от вас нещо, което не можете да изпълните, не отговаряйте само с „Не“. Винаги добавяйте едно „но“ накрая. Например: „Не, но мога да намеря кой да го направи вместо мен“; „Не, но мога да те придружа“; „Не, но напълно разбирам защо искаш това; нека помислим за алтернатива.“ Тази тактика гарантира запазването на границите ви, като същевременно насърчава откровен диалог.

Отне ми време да започна да прилагам една конкретна мярка и да осъзная колко е важна – да не бъда единственият човек, знаещ, че някой има склонност към самоубийство. Най-добре е да има мрежа от хора, които споделят помеж-

ду си грижовния труд и които се подкрепят взаимно. От извънредно значение е човекът, който се нуждае от подкрепа, да има някой друг, към когото да се обърне, когато аз не мога, дори това да е гореща линия за самоубийци.

Когато се борим да излезем от най-мрачните моменти на собственото ти съществуване, всеки жест на съпричастност има огромно значение. Опитът ми показва, че институциите често не са в състояние да оценят правилно риска и да предоставят нужната помощ. Това е особено вярно, когато става въпрос за маргинализирани групи. Затова вярвам, че ние, като общност, можем и трябва да бъдем по-подготвени и осъзнати относно начините, по които можем да се намесим в нечие страдание. Едва ли ще успеем да спасим всеки, но можем да направим всичко възможно, за да не оставяме никого в изолация. Можем да се научим как да създаваме безопасни пространства, в които самоубийството не е премълчаната тема, как да слушаме без да съдим и как да предложим грижа, която е основана на уважение към автономията на всеки е.

Този текст е опит да се разчупи мълчанието и да се създаде общност, която вярва в силата на човешките връзки и солидарността. Надявам се, че представените тук инструменти ще вдъхновят повече хора да поемат инициатива за подкрепа в кризисни моменти и да станат част от промяната, която е толкова необходима. Нека заедно да изградим свят, в който грижата и съпричастността са водещи принципи, а изолацията и стигмата са спомен от миналото.

# Най-съвършеният танц

ТАТЯНА ЙОТОВА

Виолетка – носи име на цвете.  
А е просто плетачка  
с шизофренна душа.  
В нея зяят гъна̀ на вулкани –  
мистериозни, пробудени...  
*Не, недей да упорстваш,*  
заплашват смрачени.  
Тя е все пак плетачка. Кварталната смахната.  
Функционира напук на приетите нрави.  
Припечелва от криви терлици,  
прекроявани в задния двор сред кашоните  
с гласовете стотици,  
но понятни за нея единствено.  
Ще се смее звънливо на погребение;  
на сватба, в края на свитата,  
ще се влачи беззъба, разплакана,  
посред лято с ватирана гълга пола.

Във ръце – неизменна торба с прежди за една и  
за пет куки,  
разноцветни кълбета – на дъгата палитрата.  
Щрих от нейната жалка хармония:  
да грозят със припадъци главната улица  
на нормалните и светците.  
А пък те я подритват и псуват,  
учат даже децата си  
да подскачат с разперени длани,  
вибриращи –  
все едно са край клада.  
Но в сълзата на нощното куче  
тя е своя,  
че споделят си залъка с плесен  
до постелката крастава.  
Инстинктивна маневреност  
(безсъзнателно отработена) –  
да върви по възженце над бездна –  
я спасява от множество смърти.  
Тя танцува в полуумен възторг.  
Най-съвършеният танц.  
Щом заспива, какво ли сънува  
под луната окръглена, чужда?  
На чудовища, дето я милват, крилето?  
На спасение някакво смуглите глезени?  
И промушва през бримките  
крясъци...  
А дали е кварталната луда в съня си?

# Психичното здраве: от тема табу до мода

ЙОАНА ПАВЛОВА

Въпросът за благополучието вълнува човечеството още от зората на съществуването му. С появата на първите цивилизации се поставя въпросът за човешката същност. Човекът се приема за Божие творение, изградено от плът и дух. Човешката душа е обект не само на религиозните учения и откровения, но и на научни изследвания. Още древногръцките философи са разсъждавали върху човешката душа. Според Платон душата е онзи принцип, който „оживява“ тялото. Ако тялото няма душа, то ще е просто материя и неодушевен предмет. Според него душата се състои от три части: „logos“, който е свързан с интелекта, мисълта и разума; „thymos“, свързан с духа, духовността; и „eros“, който е подвластен на страстите, произхождащи от тялото. Платон смята, че хората се намират в конфликт, причинен от желанията на thymos и eros, които трябва да бъдат контролирани от „logos“ (Платон, 2011).

Неговият ученик Аристотел доразвива идеята за душата. Според него душата е формата на всеки организъм, която го прави цялостен и жив, и е свързана с функциите на всяка част от тялото. В трактата си, озаглавен „За душата“, древногръцкият мислител изброява различните видове души в зависимост от дейностите, които дадена душа извършва. Например, заради свойствата на душата си, растенията могат да се хранят и възпроизвеждат; душата на животните в допълнение на това разполага и със сензорни възприятия и възможност за придвижване, а хората имат всичко това, а в допълнение и интелект (Аристотел, 1979).

През следващите векове душата и тялото започват да се третираат като две отделни същности на едно цяло. В редица религиозни учения (напр. християнството) човешката същност се разделя на материална – тялото – и нематериална – душа/дух, съзнание. Целенасоченото изучаване на човешката душа и търсене на лек за облекчаване на страданията ѝ започва едва през 19. век. Те започват да се свързват с термина психология, от гръцки „psyche“ (ψυχή) – душа и „logos“ – знание. Един от първите автори, който изследва човешката душа и споменава термина „психология“, е Кристиан Волф (1679-1754) с трудовете си „Psychologia empirica“ и „Psychologia rationalis“. Съществен принос за развитието на психологията оказва Вилхелм Вунд и развилите се школи след това. Теориите на Карл Юнг за несъзнаваното и архетипите, и на Зигмунд Фройд за психоанализата и сексуалността дават нови насоки в изследването на човешката психика и причините за психичните заболявания.

## Концепции за лудостта в България

В зависимост от културата, „лудите“ са определяни като докоснати от Божествено проявление или обект на Божие наказание. В продължение на векове под „лудост“ се разбира всяко психично заболяване, което води до отклонение от общоприетото разбиране за поведение на индивида. В своята същност лудостта не е просто медицинско състояние, а многопластово явление със социален характер. „Лудите“ представляват едно отклонение от нормалността на групата, като поставят много въпроси за появата на заболяването. Независимо от причината за проявлението на лудостта, тя е третирана и в нейната социална значимост за живота на индивида в общността. В съвременното употребата на думата лудост е придобила по-широк смисъл. „Ти си луд“ (да ядеш това, да пушиш, да носиш яке в жегата) е често използвана фраза, обозначаваща различаващо се социално поведение.

Осмислянето на промяната на използваните термини и практики за лечение на психичноболни хора е невъзможно без ретроспективен исторически анализ на съществували разбирания и практики, насочени към хора с психични отклонения. В традиционното българско общество под отклонение се разбира всяко поведение, което се отличава от общоприетото. То може да включва липса на разсъдък, избухливост, разсеяност, неуважително поведение, продължително мълчание, емоционални изблици и т. н. Подобно поведение се е характеризирало като лудост, а извършителите му като луди, лумпени, циготи.

В България лудостта се споменава в правно-нормативни документи още през Средновековието, като се прави разграничение между болен и обсебен. Лудостта е възприемана като „лишение, отсъствие, загуба, нарушение на когнитивните и волютивни способности“ (Цибанска-Костова, 2021). От това следва, че индивидът не е в състояние да извършва „нормални“ дейности. Той попада под закрилата на закона, защото се приема, че е жертва на болестта и не носи наказателна отговорност. В брачното и семейното право душевното разстройство на личността не е основание за развод. Причината е нерушимостта на свещеното тайнство на брака (Мт 19:6 и Mk 10:9). Съществени ограничения душевнболният търпи по отношение на правото за вземане на решения, завещание и даването на свидетелски показания в съда (Цибанска-Костова, 2021). В българското традиционно общество хората с отклоняващо се от „нормата“ поведение са били обект на подигравка и са представлявали бreme и срам за близките си. Семействата им са се опитвали да прикрият или потулят, различни форми на „слабоумие“. Обясненията за подобни отклонения са търсени в „уроки“, „зли очи“, похищение от „змейове“ и „самодиви“, „облаждане от дявола“ и „бесове“.

В традицията на християнската религия изцелението на лудостта е плод на чудо, извършено от някой светец или богопомазан човек. В Библията е описано как самият Иисус Христос изцелява болни от „нечист дух“, „бяс“ и „бесове“. (Мат. 15:22, 28; Марк. 7: 25, 30; Лук. 4: 33-35; Марк. 5: 1-15; Лук. 8: 27-39; Мат. 8: 28-33). В житието на св. Иван Рилски е описано как той успява да изцели луд с молитвите си. Сред другите светци лечители на душевни болести могат да се посочат

например безсребърниците Козма и Дамян, великомъченик Панталеймон, преп. Евтимий Велики, преп. Стилиян Пафлагонийски, св. пророк Елисей, св. великомъченик Харалампий.

Народният ни календар изобилства с много празници и обреди, посветени на здравето и прогонването на злите сили. Те обикновено включват приготвянето на специални гозби и обредни хлябове, които се консумират след изричането на наричания, които трябва да прогонят болестта. В народно-обредната система е упоменат ген за предпазване от лудост, който е след Сирница, първата неделя, и е известна като Тодорова неделя. Според преданията тогава излизат злите сили, хармонията в природата е нарушена и трябва да се извършат различни действия за тяхното прогонване, за да настъпи пролетта. Първият ден от тази седмица е известен като Чисти понеделник, Куковден, Кукеровден. Това е първият ден от Великденските пости, на който не се яде нищо. На този ден жените в къщата не бива да работят нищо, за да предпазят членовете на семейството си от „полудяване“, а пък животните от бяс (Борисова, 2012).

Успешното лечение и предпазване от лудост е свързано с определяне на нейния произход. Направените разграничения на лудостта от Жан-Клод Ларше съответстват на разпространените начини за нейното лечение у нас. Той откроява три вида лудост: лудост от соматичен характер, лудост от демоничен произход и лудост с духовен произход (Ларше, 2013). В зависимост от вида лудост се предприемат и съответните видове лечение. Лудостта от соматичен произход е причинена от телесно заболяване и нейното лечение е свързано с приемане на лекарства на основата на растителни, минерални и животински екстракти, бани и

диети (Тодорова, 2015). При лудостта от демоничен произход става дума за намеса на бесове, които се опитват да изкушат човешката душа. Този вид лудост е свързан с вътрешна борба с личните демони, с демоните на другите и с външни демони. Лечението при такава лудост е чрез екзорсизъм, показване на кръста, помазване на болния със светена вода и миро. Третият вид лудост е с духовен произход. Тя произтича от свободната воля на човека и може да доведе до депресия, униние и тъга. Тъгата може да бъде причинена от непостигане на желано/очаквано удоволствие или от гняв, причинен от оскърбление. Лечението на тъгата се осъществява чрез отказ от плътски удоволствия, молитви и псалмопеене. Насърчават се хората да общуват с други хора за по-бързо оздравяване. Унинието се лекува с четири основни метода. При първия човек трябва да се бори сам, като открие отношението си към себе си и към другите. Това се постига предимно чрез молитва. Вторият и третият начин отговарят на християнската доктрина, като са свързани с надеждата и покаянието. Плачът от покаяние се приема за пречистващ и носещ надежда. Последният метод на лечение е свързан с извършване на физическа работа. Смятало се е, че трудът изнурия плътта, което води до облекчение на душата (Тодорова, 2015).

В унисон с християнската религия и в българските земи лечението на лудостта се извършвало основно от духовни лица, защото се споделяла нагласата, че заболяването на душата е свързано с нечисти сили. Според съществуващи сведения през 14. век в манастира „Св. св. Козма и Дамян“ в гр. Куклен душевноболните са оковавани със синджир и оставяни да пренощуват в църквата. Лечението започва на

следващата сутрин с четене на молитва от монасите и по-ливане на болния с лековита вода от аязмото, което трае, докато монахът преброи до две. На другия ден процедурата продължава до три и така се увеличава всеки ден с по едно. Процесът на лечение приключва, когато монахът отброял 2000 (Божилова, 2020). В Рилския и Бачковския манастир лугите също се връзвали с вериги за побити колове, като им се чели молитви и били къпани в аязмото към манастира. Тези методи на лечение се запазват в българските земи до 20. век.

## Модерно лечение на лудостта

В България модерната история на лечение на лудостта започва през 19. век след Освобождението. В новосъздадената държава се поставят основите на здравната политика и наред с разкриването на болнични заведения се открива и първата психиатрична клиника (1888 г.) в Александровска болница. През 1889 г. е отворен първият приют за психично-болни хора (Миленков & Попов, 1983). През 1902 г. се открива и Държавна психиатрична болница в Карлуково. Болницата е построена на мястото на гревния Карлуковски манастир „Викторова лъка“, който се предполага, че датира от 14. век. В това местоположение може да се търси приемственост между традиционните начини за лечение на лудостта и съвременните методи. Страната ни осъзнава необходимостта от лечение на хората с психически отклонения, и още през 1905 г. е приет „Правилник за отгледването на душевно болните“, с който се регламентира недоброволното хоспитализиране при опасно поведение. За сравнение в по-

вечето гържави от Западна Европа подобна регламентация се въвежда едва през 1930-те години на 20. век. През 1922 г. е създадена Катедра по нервни болести и психиатрия към Медицинския факултет на Софийския университет и започва университетското преподаване на психиатрия у нас. Клинична база на катедрата е Психиатричното отделение на Александровска болница.

Благодарение на погема, започнат през периода на Възраждането, редица българи получават образованието си в престижни университети в Западна Европа (напр. Австро-Унгария, Франция, Швейцария). Навлизането на модерни методи за лечение на лудостта се свързва с имената на първите български психолози: Никола Алексиев, Кръстьо Кръстев, Спиридон Казанджиев, Цветан Радославов и др. Пог научното ръководство на Вунг защитават дисертации Никола Бобчев (1863-1937), Иван Димитров Шишманов (1862-1928), Кръстьо Кръстев (1866-1919) и др. Със завръщането си в страната те подготвят почвата за развитието на българската психология.

Иван Хаджийски развива социалната психология със своите публикации и изследвания.

През 1921 г. в София д-р Никола Кръстников основава първото в България Психологическо дружество към Софийския университет. Членовете на дружеството подгържат оживен дебат за последните световни течения в лечението на психични заболявания. Д-р Никола Алексиев е първият български експериментален психолог и основава първата българска лаборатория за експериментална психология. През 20. век в страната се развиват основно четири психологични направления: емпирично-интрос-

пективно, ремкеанско, фройдистко и материалистическо (Александров, 2005, с. 69).

През 1920-те и 1930-те практикуваната у нас психотерапия е представлявала смесица от хипноза и катарзис, а от друга – „дивата психоанализа“ на първите последователи на Фройд. Психотерапията започва да се провежда от съвсем малко на брой хора, предимно в психиатрични отделения, а психиатрите са прилагали създадени от самите тях методи (Атанасов & Станчев, 2013). Методите за лечение на психични заболявания до Втората световна война включват „сегативи, хипнотици, биологически и химически терапии, антибиотици, електроконвулсивна терапия, работна терапия и психотерапия“ (Shehirian, 2018, с. 459). Психично болните продължават да бъдат отбягвани и стигматизирани в обществото.

В периода 1878-1944 г. страната ни участва в редица войни, което е и причина за отключването на много психични проблеми сред войниците. В спомените си една гама разказва за своя чичо, който бил затрупан след взрив от мина, и останал под земята два дни. Той участвал в сраженията край Сливница в Сръбско-българската война от 1885-1886 г. Имал късмет да го намерят и изровят, но станал „луд“. Наложило се да го изпратят на лечение в болница, като брат му трябвало да заплати цената за целия вагон, в който се возил. Правилата били, че лудите трябвало да пътуват сами. След завръщането си от болницата дълго време нито семейството му, нито съседите смеели да го доближат. Страхували се от него. Само брат му го подкрепял и го карал да работи, за да не мисли. След няколко години успял да се възстанови напълно (Архив на автора с интервюта).

С настъпването на комунистическото управление в страната развитието на научна и практическа психологическа дейност се забавя. Под влияние на СССР през 1950-те години психологията е обявена за „буржоазна наука“, а психичните заболявания като наследство от капитализма (с невроза и депресия) или като физическа деформация, която може да бъде изправена чрез физиологическа интервенция (Shehriyan, 2018). Отначало в съветския психологически модел единствената меродавна теория за човешкото поведение е рефлексологията на И. П. Павлов. Според нейните основни постановки психика не съществува, а само „висша нервна дейност“, базирана върху вродени и условни рефлексии. В унисон с теорията на рефлексологията лечението на душевно болните се осъществява в отдалечените и затворени пространства на психиатричните клиники, като включва употребата на медикаменти и трудотерапия. Психоаналитичните практики са забранени и изследването на психиката се поставя в прерогативите на психиатрите.

Съществена промяна на съветския метод се забелязва през 1970-те. Тогава в България е създадено Дружеството на психолозите (1969 г.) и е проведен Първият конгрес по психология (1977 г.) на тема: „Психологията в служба на развитото социалистическо общество“. Идеите на психоанализата започват да си проправят път. Разчупването на модела на психологически методи за лечение е възможно благодарение на започналата бавна промяна на режима след Чешката пролет. Някои български учени и психолози посещават психоаналитични практики в Чехословакия и Полша, което дава възможност да се направят съпоставки и опити за разработване на други психологични направления.

След края на социалистическото управление страната ни изпада в дълбока социална, икономическа и политическа криза. Политиката към психичното здраве и болните отстъпва на заден план. Липсата на финансови средства рефлектира върху предлаганите услуги, като се закриват болнични заведения и се намалява броят на леглата. Голяма част от пациентите остават без подкрепа, единствено на грижите на близките си или на собствената си воля.

През 1990-те в страната развитието на нови психологични направления като гешталттерапия, арт терапия, когнитивно-поведенческа психология, психотерапия, музикотерапия и др. остава по-скоро научно занимание, отколкото масова практика. Социалните нагласи към хората с психически проблеми не се променя, те продължават да бъдат остракирани. Лечението им продължава да следва модела на затваряне в отдалечени болнични заведения с използването на медикаменти и трудотерапия. В този период терминът „психично здраве“ не се използва и под психичноболни се разбират хора с психически отклонения и/или тежка зависимост от алкохол и наркотици.

По-съществена промяна в отношението към психичното здраве и превръщането му в „мода“ се забелязва през последното десетилетие. Важно е да направим уточнението, че под „мода“ се разбира промяна на нагласите и практиките към определен социален феномен. В случая с психичното здраве се разбира осъзнаването на неговата важност и търсене на помощ при необходимост.

## От „психично болни“ към „психично здраве“

Световната здравна организация (СЗО) дефинира психичното здраве като способността на зрялата личност да изгражда хармонични отношения с другите и да участва творчески в изменението на биологичните и социалните условия на заобикалящата среда. В допълнение към определението се включват и някои основни характеристики като: самоувереност и самочувствие; автономност и целенасоченост; способност за учене и любознание; способност да работи, включително в условия на ръководене, правила и затруднения; способност да поема отговорност и да полага необходимите усилия; сигурност и решителност; настойчивост и упоритост; способност да се разбира с другите и да им сътрудничи; способност да показва приятелски чувства и любов; способност да дава и да получава; толерантност към другите; чувство за хумор; способност за изпитване на удоволствие и наслада; способност да почиства; способност да планира и да отлага удоволствието; способност да контролира емоциите си и да ги изразява по подходящ начин (напр. като разтоварва враждебността си от нейните увреждащи функции спрямо другите); способност да контролира и канализира импулсите си; и т.н. (Министерство на здравеопазването, 2021).

Въвеждането на психичното здраве като разширен термин, отнасящ се до различни аспекти от човешката психика, позволява да се поставя акцент върху тях. Психичното здраве е съвкупност от елементи, които оказват благотворно, респективно неблаготворно, влияние върху човека. Повишаването на осведомеността на гражданите и

акцентирането върху многопластовостта на психичното здраве допринася за превръщането му в „мода“ или търсено поведение, което би оказало положително влияние върху човешкото благополучие.

Възстановяването на психичното здраве при нарушена способност на индивида да се справя със собствените си мисли и с отношенията си с другите изисква промяна на подхода при лечение. Съществена промяна в нагласите към лечение на хора с психични проблеми и промяна на съществуващото лечение се забелязва след развитието на редица хуманитарни течения в средата на миналия век, които оказват промяната на използваните термини, определения и политики за здравето в световен мащаб.

През 1960-те в Париж възниква направлението „антипсихиатрия“, което е провокирано от съчинението на френския философ Мишел Фуко – „История на лудостта“. Основното схващане на това направление е, че психопатологията може да бъде обяснена със социални фактори. Привържениците му настояват вместо термина „психична болест“ да се използва „психично здраве“ („психични отклонения“), като по този начин лечението ще бъде фокусирано върху личността, а не върху болестта. Следователно те отричат традиционните методи за лечение на лицата с психични отклонения. Предлагат психосоциална рехабилитация в общността чрез създаване на дневни центрове, защитени жилища и др. Отделянето на болните в изолирани психиатрични стационари се приема като нарушаване на техните права и ги обрича на социална изолация и стигматизация до края на живота им.

В страната ни реформата на психиатричната помощ и психичното здраве започва след 2001 г. с приемането на няколко нормативни документа: „Национална програма за психическо здраве на гражданите на Република България 2001–2005 г.“, „Политика за психично здраве на Република България“ и „Национален план за действие към нея за периода 2004–2012 г.“; Закон за здравето (2004 г.) и Медицински стандарт „Психиатрия“ (2004 г.). С приемането на тези документи се поставя началото на развитие на политика за психично здраве. В момента действа „Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021–2030 г.“

Според данни на Министерство на здравеопазването в страната има 12 държавни психиатрични болници (ДПБ), 12 центрове за психично здраве (ЦПЗ), 5 психиатрични клиники (в университетски болници) и 17 психиатрични отделения към многопрофилни болници. Общо легловата база е около 3786 (2024 г.), като от тях към април 2024 г. са заети 2870 места (БНТ, 2024). Най-честите психични разстройства от общия брой психични разстройства в страната ни са:

- тревожни разстройства – 8,4%;
- разстройства на настроението – 4,5%;
- злоупотреба и зависимост от алкохол и наркотици – 4,76%, като делът на злоупотребата и зависимостта към алкохол е 4,4% (Министерство на здравеопазването, 2021).

Държавната политика за лечение на психични заболявания се изчерпва с предоставяне на възможност за посещение при психиатър с направление, издадено от личен лекар. Посещението е един или два пъти, в рамките на които се из-

писват медикаменти за лечение на заболяването. Психологическите практики са частни и не са включени в пакет по НЗОК. При необходимост болните могат да бъдат настанени в психиатрична болница, където обаче се регистрират отклоняващи се практики в грижите за психично болните. Нарушения на техните права, експлоатация и липса на коректно отношение са част от съществуващите проблеми. Всяка година се публикува Доклад на Министерски съвет за здравето на гражданите и изпълнението на националната здравна стратегия, в който се отразяват постигнатите успехи и проблемни области. Прави впечатление, че независимо от законовите и стратегически промени в политиката за психично здраве, не се забелязва съществена промяна в практиката на лечение и отношение към болните, което се дължи от една страна на липсата на достатъчна финансова обезпеченост, а от друга – на културните особености и социални нагласи към хората с психични отклонения.

Алтернатива на лечение по здравната каса е посещение при частен психолог, което е финансово затрудняващо за повечето хора, страдащи от психични отклонения. Положителна тенденция, която се забелязва, е, че започна да се говори за проблемите на психичното здраве в социалното пространство. В сутрешните блокове на национално представените телевизионни канали се канят психолози, които дискутират различни проблеми на психичното здраве като стрес на работното място, депресия, личностни отношения, комуникация и т.н. Популяризира се дейността на психолога чрез интервюта, участия в различни предавания, активност в социалните мрежи. Търсенето на психологическа помощ се налага като модерна практика от различни

психолози-инфлуенсъри (напр. Мадлен Алгафари) в социалните мрежи.

Редица проблеми като насилието, агресията, зависимостите, депресията се коментират от психолози в различни предавания и се търсят причините за тяхното проявление. Анализът на психологическите проявления се прави през индивидуалната перспектива, но всяко психологическо отклонение е социално явление, което има своето основание в заобикалящата ни среда. Успехът за неговото преодоляване е насочен към обществено обсъждане и широка популяризация. Популяризирането на редица психични проблеми (хранителни разстройства, стрес, агресия, насилие) за обществено обсъждане създава в обществото чувствителност, която служи като механизъм за превенция. Домашното насилие, например, е не просто личен проблем, а и обществен такъв. Дебатите за причините и последиците от него са в основата на намаляването на случаите на домашно насилие. Популяризирането на някои случаи на насилие провокира широко обществено недоволство в страната, което постави акцент върху проблемите на психичното здраве и важността за търсене на помощ.

## Дискусия

Анализирайки историческото развитие на психологическото лечение в България, може да кажем, че е извървян дълъг път от „броенето до 2000“ до модерното лечение на заболяванията. В нашата страна прогресът в лечението и грижата за душевноболните е претърпяла забавяне заради ис-

торическото ни развитие. Това обяснява използването на средновековни методи за лечение на гушевноболни до началото на 20. век. Модерните методи за лечение на психични заболявания започва след Освобождението, когато се създава политика за здравето и се откриват редица болнични заведения. В този период си проправят път различни методи и школи, сред които и психоанализата. Подемът в развитието на българската психология е спрял от социалистическото управление в страната. В първите десетилетия от управлението на режима доминираща е теорията на рефлексологията и лечението на психичните заболявания се осъществява чрез медикаменти и затваряне на хората в отдалечени болнични заведения. През 1970-те години започва бавна промяна на доминиращата идеология в посока психоанализа и търсене на алтернативни методи за лечение. След падането на режима през 1989 г. в психологията започват да навлизат, първоначално в академичните среди, а впоследствие и в частната практика, много нови методи като арттерапия, музикотерапия и т.н. В специализираните болнични заведения, независимо от намалялото гържовно финансиране, продължава да се използват предишните методи за лечение на психични заболявания.

В настоящето възможностите за лечение на психични заболявания са разнообразни и зависят от естеството на заболяването и възможностите на пациента. Предлагат се психологически консултации, които търсят причината за заболяването чрез различни методи. Що се отнася до предоставяната психиатрична помощ от страна на гържавата, начините на лечение не се различават съществено от тези, използвани в предишните периоди – използват се ме-

дикаменти, трудотерапия, а болните се настаняват в отдалечени болнични заведения.

В обществен план, за съжаление, можем да заключим, че не сме постигнали съществен напредък в отношението си към хората с психични проблеми. През Средновековието и последващите периоди на Възраждане и след Освобождението лудостта е причинявала срам за близките и те са опитвали да скрият заболяването от общността. Болният е бил отбягван и подлаган на присмех и обиди („патрав“, „нефелен“, „идиот“). В днешно време болните се третират като бремене и продължават да бъдат обект на отбягване. Затварянето им в отдалечени клиники е проявление на желанието да бъдат скрити, да се забрави за тях. В социалните ни практики интеграцията на различните, в случая на хората с психични заболявания, е много ниска. Това е резултат от създадените институционални и социални практики, липсата на обществена емпатия, търпимост и познания по темата.

В заключение можем да кажем, че се забелязват много предизвикателства и възможности за подобряване на лечението на психологичноболните хора. Основните предизвикателства са свързани с осъществяване на реална реформа в лечението и рехабилитацията на хора с отклоняващо се поведение, подобряване на местата за настаняване и лечение и отношението на персонала в тях. Справянето с основните предизвикателства може да бъде подпомогнато чрез промяна на съществуващите нагласи у гражданите.

Хората с психични заболявания са социално дискриминирани, като се споделя виждането, че те сами са виновни за заболяването си и, респективно, не трябва да очакват

помощ от обществото. Подобно мнение оказва негативно влияние върху цялото общество и рефлектира върху общото състояние на психичното здраве. Липсата на социална и институционална подкрепа, отчуждението, изолацията, оказват влияние при усещанията за сигурност, благополучие и щастие, които се приемат за важни субективни маркери, и са оценка за състоянието на едно общество.

Отношението към психичното здраве има двойствен характер. От една страна се приема за важно, увеличил се е делът на хората, търсещи помощ при проблеми с партньора, агресия при децата, проблеми в детското развитие, хранителни разстройства, насилие. От друга страна обаче хората с по-сериозни психически проблеми (напр. депресия, шизофрения) се избягват, заклеяват се и са оставени на произвола на собствените възможности.

През последните години психологията се превърна в „модерна“ и желана специалност, желаещите да учат и да се занимават с психология е рекорден. В страната има над 14 000 дипломирани психолози, като около половината работят по специалността. Към тях трябва да се прибавят и 140 академични психолози (БНТ, 2021). В Публичния регистър на психолозите към 2024–2025 г. има регистрирани едва 681 психолози (Дружество на психолозите в Република България, 2024). Присъствието на психолози в публичното пространство расте и направените от тях констатации се ползват с обществено доверие, което поставя въпроса за контрол над психологическата дейност и гаранции за качество на предоставената услуга, за да се избегне злоупотребата с титлата „психолог“ и да се предпазят хората, потърсили помощ. В страната продължава дебатът за приемане на за-

кон за психологичната помощ, който да регулира дейността на психолозите и да защитава правата на пациентите.

Психичното здраве има комплексен характер и в неговото осъществяване участват биологични, психологически, образователни, възпитателни, социални, икономически и културни фактори. Тази многопластовост на психичното здраве предполага комплексен анализ за неговото развитие и подобряване.

# Реалности и хоризонти за психиатричната реформа и реформата в сферата на уврежданията в България: някои наблюдения отвън

ФЕЛИКС ДИАЗ

Има ли процес на реформиране на услугите за хора с увреждания в България? Кой иска такава реформа, кой се нуждае от нея и как тя променя или утвърждава условията на живот и опита на хората с увреждания? Това са политически въпроси, доколкото те обуславят възможностите за достоен живот, самоопределението и основните граждански права на хората с увреждания и на лицата, които се грижат за тях. С настоящия текст искам да се съсредоточа по-специално върху категориите увреждания, които се определят и ограничават от „пси“ академичните и професионални дисциплини: психиатрия, неврология и психология.

Ще разгледам как тези дисциплини и институционалните механизми, които поддържат, на практика създават

три вида деградирана идентичност: „хронично психично болните“, „общо увредените“ и „възрастните хора с деменция“. Тези три идентичности, институционално подгържани с биомедицински аргументи включват различни пътища в живота на хората с увреждания, изолираните, зависимите, унизените и онеправданите.

Начините, по които се използват тези аргументи, включват различни институционални траектории и условия на живот; различни форми на изключване, заглушаване и обезправяване, регулирани от действието на един-единствен, мултимодален, интегриран „пси“-комплекс. Ще се фокусирам върху институционалното осигуряване на резидентни и амбулаторни услуги за хора с увреждания в България въз основа на скорошния ми опит в работата в мрежа от такива услуги. Трите идентичности, които ще опиша, са се оформили чрез организацията на услугите и професионалната практика, която те извършват върху хората.

Достъпът ми до темата е на чуждестранен научен работник с опит и ангажимент към социалния модел на уврежданията, интервенциите в общността и качествена социология. Опитът и позицията ми като социален учен са основани на институционалната етнография (ИЕ; Smith & Griffith, 2022). ИЕ изследва и дефинира даден проблем от гледна точка на колективите и лицата, които се сблъскват с ежедневните проблеми в институционален контекст. Едно институционално етнографско изследване започва с вслушане във всекидневния опит на лицата, сблъскващи се с проблеми така, както те го изразяват и разказват, и прогължава с проучване на институциите и дискурсите, които регулират тяхното ежедневие, за да се състави описателна

и аналитична карта на институционално ограничения пейзаж, в който хората оцеляват.

Наблюденията в основата на моя анализ обаче не са резултат от изследователски проект; те бяха събрани в хода на практиката и ангажираността ми с организации, предоставящи услуги за професионално и студентско обучение. Статутът ми на чуждестранен научен работник ми дава възможност периодично да наблюдавам предоставянето на услуги в действие и да слушам разкази на български професионалисти, доброволци и студенти, които отразяват очакванията и идеалите за адекватно представителство на хората с увреждания и за най-добрите практики за интервенция по отношение на реалните практики, които се наблюдават. Събирам тези наблюдения и ги обединявам тук като един вид карта на пейзажа. Валидността на тази карта ще зависи от нейната полезност. Можем да я тестваме спрямо нашия конкретен опит в навигацията и сблъсъка със съвременните български среди, касаещи уврежданията.

## **„Психично болните“**

Глобалната история на уврежданията ги поставя в институционалната сфера на здравеопазването. В генеалогичен план уврежданията произлизат от медицинските практики за управление на болестите. В един момент увреждането започва да се оформя като последица от болестта; в крайна сметка то започва да се разбира като стабилен комплекс от последици от здравословното състояние на човека. Тъй като „увреждането“ придобива отделна форма, независима

от болестта, медицинската професия винаги е имала централна роля в оценяването на телата и разграничаването между увредените от неувредените тела – нещо, което е обективизирано в диагнозата.

Институционално и ефективно диагнозата, поставена на лицето от медицински специалист, представлява основното условие за достъп до услуги; в съвременния Запад достъпът до услуга е едновременно постижение и възможност (дори ако тази възможност е силно насърчавана и препоръчвана от институцията). Това невинаги е било така, особено за психично болните. Исторически погледнато, въз основа на диагнозата си психично болните са били принудително настанявани в стационарни институции и държани в тях без възможност да излязат. А диагнозата е била нещо стабилно и почти никога не е бивала преразглеждана. Особено в България това е било така за хронично болните с психични заболявания и за лицата с „обща увреждане“ през последните поне 80 години, а в много отношения е така и днес.

Съдбата на психично болните, които имат достъп до услуги в България, се определя от психиатричната диагноза, която типично е рамкирана в биомедицинската индивидуална традиция. Обикновено това означава диагноза, която приписва позора на човека на покълналата в него болест; тази диагноза (пре)оформя неговите опит и съдба и оправдава интервенция, насочена към „овладяване“ на симптомите – т.е. осъждане и потискане на голяма част от проявите и поведението на индивида. Психиатрията действа програмно върху своите субекти, като заличава или ограничава тяхната личност.

Ограничаването на личността, извършено чрез диагноза, по същество поставя граници пред пациента, вместо да открива възможности. Лекарите в България не носят почти никаква отговорност за своите диагностични решения и поддържат много слаба комуникация с онези специалисти, които действително са в редовен контакт с пациентите в домовете или дневните центрове. На практика диагнозата действа като проклятие, което заклеймява човека и ограничава неговия потенциал. Тя не предвижда редовен контрол и оценка на живота на лицето, но ограничава, юридически и политически, възможностите му за социално участие.

Освен медикаментозното лечение, интервенцията не се ръководи или наблюдава от психиатри. Психиатрите поставят диагнозата, предписват лекарства и оставят интервенцията в ръцете на други специалисти, намиращи се по-надолу в ясно установената йерархия.

Сред всички възможни диагнози за хронично психично страдание шизофренията е може би най-често срещаната, включително в случаи без ясни шизофренни симптоми или при симптоми, които предполагат други възможни диагнози. В повечето случаи деструктивното, конфронтационното или конфликтното поведение води до поставяне на диагноза „шизофрения“, така че диагнозата в крайна сметка играе репресивна функция.

Терапиите, включително медикаментозните, не са част от индивидуалните планове за рехабилитация на човека, за разширяване на възможностите му за социално участие или за подобряване на качеството му на живот; те са насочени към овладяване на симптомите, които обикнове-

но се основават на представата за психиатричния пациент като опасен, дисфункционален и органично и безнадежно увреден. Интервенцията не е ориентирана към конкретни цели, основани на оценка, а се прилага систематично към маса бенефициенти – гали в институции за настаняване или за дневни грижи. Резултатът от интервенцията почти не се оценява емпирично.

Систематичното прилагане на стандартизирани интервенции включва объркване и припокриване на понятията „терапия“ и „дейност“, което е често срещано и в популярната психология в световен мащаб. Всеки обича да извършва конструктивни, обогатяващи, разумни и функционални дейности. Когато такива дейности се извършват в организации, грижещи се за хора с психичноздравна диагноза, то те се наричат „терапия“. Това концептуално приплъзване, така модерно в съвременното консуматорско общество, където „терапията“ се предлага като стока, изневерява на фундаменталните принципи за техническото проектиране и прилагане на терапевтичната интервенция.

В приложните здравни науки терапията трябва да бъде (1) насочена към конкретни измерими цели за конкретно лице, чието състояние е било оценено; (2) разработена като процес на интервенция, който се адаптира към конкретното състояние на пациента въз основа на тази оценка; (3) основана на терапевтична теория, която може да обясни как конкретната интервенция е подходяща за конкретното състояние и ще постигне определените цели; (4) наблюдавана, оценявана в продължителен период от време и адаптирана към конкретното развитие на пациента. Ако терапията не постига своите цели за рехабилитация, адаптация или па-

лиативност, тя трябва да бъде променена, премахната или заменена. Това е възможно само ако всяка терапия е специално разработена, контролирана, наблюдавана и оценявана.

Готвя почти всеки ден и ям готвена храна в различни моменти от деня, като спазвам сравнително здравословен хранителен режим. Много възрастни го правят. Това е част от инструменталните ежедневни дейности, в които хората от всички култури са компетентни и които на свой ред ни позволяват да живеем активен, здравословен и смислен живот. Готвенето не е терапия за мен. По същия начин, когато настанените в психиатрична клиника готвят, те не получават терапия. Храната ще ги нахрани така, както мен, те ще се учат да я приготвят така, както аз го правя, тя ще има смисъл за тях, тъй като те са хора, а хората са трофични животни и човешката култура включва гастрономия. Но предположението, че готвенето се превръща в терапия, когато пациенти с психични разстройства го правят в психиатрично заведение, е погрешно. Подобно допускане изглежда е налице, когато в обществените институции за психично болни стандартизираните дейности се представят като „терапия“.

Друго погрешно схващане за „терапия“ е, че стратегиите за физическо и химическо ограничаване са „терапевтични“. Физическото ограничаване (включително заключени врати, физическо обездвижване на тялото, понякога дори физическа агресия) и химическото ограничаване, състоящо се предимно от прилагане на химически вещества, които намаляват или отменят инициативността, познавателните способности и емоциите) често се предписват, прилагат и налагат като психиатрична интервенция. По своите цели

и практическо приложение тази намеса не е терапевтична и дори може да бъде вредна за индивида. Всъщност голяма част от симптоматиката, която се приписва на пациенти с психотична или шизофренна болест, се съставлява от състояния на съзнанието, преживявания и поведение, които всъщност са провокирани от психотропни или антипсихотични лекарства.

„Терапевтични“ са интервенции, насочени към ефективно подобряване на качеството на живот, функционалността и социалното участие на лицето. В някои програми контролираното прилагане на лекарства или внимателните поведенчески ограничения, съобразени с конкретните нужди на индивида, могат да създадат основа за психосоциална интервенция, която да увеличи и подобри функционалния репертоар на лицето в посока към рехабилитация. С други думи, ограничаването може да се прилага като основа за терапия. За съжаление обаче повечето психиатрични интервенции са насочени към прекъсване, намаляване или отмяна на инициативността и функционалния репертоар на пациентите. Система, която се намесва предимно за овладяване на поведението на пациента, по този начин не лекува, не рехабилитира и не подобрява качеството на живот.

Димитрова (2021; вж. също нейния принос към този брой на ДВЕРСИЯ) описва процеса, чрез който българският психиатричен елит запазва и увеличава властта си от 1960-те години на 20. век, като същевременно насърчава една особена представа за „социална психиатрия“. Пламенните разкази в защита на „социалната психиатрия“, които тя събира от онова време, не се отнасят до никакви конкретни и осезаеми практики на рехабилитация, еманципация или промоция на

здравето на пациентите, а в разглеждания период няма данни за такива практики. Нито пък виждам такива да се развиват днес. И все пак професионалистите от обществените услуги говорят за алтернативни интервенции, докато пациентите основно се държат в резидентни или дневни институции, държат се под контрол и се лекуват, без надежда или обещание за рехабилитация.

В какво се изразява алтернативата на сегашния процес на трансформация на обществената грижа за психично болните? В отговор на изискванията на Европейския съюз и на докладите на правозащитните организации се наблюдава дискретен процес на закриване на психиатрични заведения, които преди това са представлявали лудници: масовизирани затвори, в които хората са държани в неприемливи условия и редовно са били измъчвани. Те частично се заменят с по-малки дневни или резидентни центрове, в които хората се третират с елементарно достойнство и им се предоставят лекарства. Такива нови заведения обикновено са с изчерпан капацитет; повечето пациенти с хронични психични заболявания нямат достъп до тях, а от настоящите пациенти обикновено се очаква да останат в тях до края на живота си, тъй като диагнозата, поставена им от психиатър, който почти никога не я преразглежда, ги обрича на вечна болест.

В много общини специалистите просто не знаят какво да правят или в каква посока да поемат, за да осигурят грижи за хората с хронични психични увреждания. Това преживяване на застой се появява в резултат на исторически процес, при който (1) отговорните психиатри са държали хората, настанени в нечовешки условия в лудници, без хоризонт и

надежда; (2) нова ситуация, предизвикана от вън, изисква лудниците да бъдат премахнати и (3) същата психиатрична структура със същата биомедицинска и реакционна перспектива запазва властта си над съдбата на интернираните.

Психиатричната реформа няма да се осъществи чрез просто закриване на карцералните институции, без да се финансират, разработват и внимателно изграждат реалистични, поддържани от общността конструктивни алтернативи. Не можете да затворите приютите и да изпратите интернираните в тях обратно при семействата, които са ги загубили или изоставили отдавна, или при бездомниците. Опитът с геинституционализацията в Италия, Испания и Гърция (за да посочим някои сравнително скорошни и близки примери) проработи отчасти, доколкото се развиваше успоредно с изграждането на алтернативи от професионалисти, които бяха както политически отдадени, така и технически подготвени да ги изградят.

Българските заети в сферата на социалните услуги за психично здраве като цяло са професионални, ентузиазирани и горди с работата си. Въпреки това развитието на алтернативи не се подкрепя от отговорните здравни власти, които остават в традицията на ограничаването и медикаментозното лечение. Социалните работници и психолозите се позовават неясно на ценности като „включване“ или „интеграция“ в програми, които на практика поддържат най-минималното качество на живот в ежедневието. Програмите за интервенция, разработени от социалните служби, често се представят като „дестигматизиращи“ – може би защото програмата не е агресивна или репресивна спрямо пациента? Или за да предпази превантивно организацията от потенциални обвин-

нения в неефективност? Или просто защото е задължително програмите да бъдат дестигматизиращи?

Какъвто и да е отговорът, една широко разпространена характеристика на настоящите услуги за психично болни ги прави дълбоко стигматизиращи: интервенцията е изградена върху задължителното отричане на автономността на пациента, способността му да взема решения или правото му да предлага такива. Това репресивно статукво се налага на пациента по силата на диагнозата, при приемането му в заведението и след това. То се представя като пряко следствие от диагнозата: тъй като сте диагностициран, не можете да проявявате инициатива, да водите нормален живот или дори да очаквате подобрение. Ако искате да получите помощ, по-добре правете това, което ви се казва. Радикалното налагане на ролята на болния (Parsons, 1951) движи повечето обществени интервенции за психично болни в България.

Привидната загриженост за „стигмата“ сред българското професионално съсловие се представя като загриженост за факта, че хората не искат да ползват професионални услуги. Този корпоративистки подход („проблемът в моето общество е, че то не иска моята професия“) е видим в споменатата по-горе оценка на Димитрова (2021) за начина, по който някои български психиатри са се застъпвали за средства, власт и ресурси, за да укрепят мястото си в медицинската професия, като са правили общи оправдания за „социалната психиатрия“. Но тези оправдания никога не са били съпроводени с качествена промяна в практиката и психиатрията продължава да стигматизира своите пациенти, като държи психично болните в зависима, мълчалива, обективирана позиция.

Въпреки че ползвателите на психиатрични услуги са затворени в центрове за настаняване или дневни центрове, без да вярват във възстановяването си и без да развиват умения за живот, системата на общественото здравеопазване има възможност да разработи нови форми на психосоциално лечение, като се възползва от съществуващия общински персонал от технически специалисти. Това, разбира се, трябва да се съчетае с прилагането на политики, насочени към достойнството, рехабилитацията и качеството на живот на пациентите с хронични психични заболявания, включително актуализирано и продължаващо обучение на специалистите. Имайки предвид стагнацията на горните нива на системата обаче, желаещите да постигнат напредък на по-ниските нива не трябва да чакат администрацията да поеме инициативата.

## **„Общо увредените“**

Българските политики в областта на уврежданията са заседнали в индивидуално-медицинската традиция, която поставя в центъра физическото увреждане. Тази концепция изключва или забравя начина, по който състояния, които обикновено са в сферата на психологическите дисциплини, като хроничните психичноздравни проблеми или деменцията, ефективно лишават хората от възможност за социално участие. В същото време обаче политиките, практиките и популярните схващания за уврежданията разчитат на „пси“-комплекса поне по два широко разпространени начина.

На първо място, политиките и практиките в областта на уврежданията систематично третираат хората с увреждания като обекти, като ги лишават от дейелност, глас и свобода. Това включва повтарящо се отричане или пренебрегване на техния статут и капацитет като разумни субекти, способни да изразят позиция, да изразят мнение и като цяло да вземат решения за живота си. Общите предположения за хората с увреждания, които влияят както върху диагностичните решения, така и върху популярните образи, могат небрежно да смесват интелектуално увреждане, глухота, заекване или церебрална парализа под общото правило: знанията и мнението на човека не се броят и не се изслушват.

Млада жена в инвалидна количка има специална вечеря в ресторант и за групата е поръчано вино; всеки получава чаша за вино, освен нея. На същото лице по време на пътнически полет се дава комплектът за рисуване и игра, който стюардесите предлагат на децата. На незрящ човек не се разрешава да си открие банкова сметка, защото банката предоставя пароли само със стандартни визуални знаци и не му позволява да разчита на доверено лице, което да разчете кода вместо него. Тези различни анекдоти имат една обща черта: те не се съобразяват с гласа и мнението на отделния човек. Лошото отношение е породено от обективизирането и би било лесно поправимо, ако просто се възвърне индивидуалността на или елементарното уважение към обективирания човек.

Второ, в техническия процес на диагностика и интервенция се наблюдава повтаряща се свръхпсихологизация на уврежданията, свръхоценка на дефицита и свръхиндиви-

гуализация на неуспеха. С други думи: психологически увреждания се идентифицират при лица, чиято дисфункция всъщност е предизвикана от физически ограничения или ограничения, свързани с околната среда; индивидуален дефицит се идентифицира при лица, които всъщност са функционални, но не им е дадена възможност да демонстрират своята функционалност; или дисфункцията се приписва на органичната конституция на лицето, когато тя всъщност е провокирана от неподходящ дизайн на средата, липса на подкрепа или временни обстоятелства.

Например, повечето деца с церебрална парализа в България са системно третирани като деца с интелектуални затруднения, след като не е направена правилна оценка и подкрепа на интелектуалното им развитие. Хората със сензорни или физически увреждания систематично се третират като функционално некомпетентни, без да се оценява правилно тяхното развитие и представяне по начини, които се адекватират към техния сензорен, постурален или двигателен репертоар. Жизненият опит на хората с психотични или невротични диагнози систематично се отчита от гледна точка на тяхната диагноза, включително конфликти в отношенията или стресиращи събития, които могат да се случат на всеки жив човек.

Тази многопластова проблематика се поддържа и произвежда от две институционални характеристики на уврежданията в България: (1) тя се управлява от административен и дисциплинарен комплекс, който класифицира лицата в медицински диагностични категории, чиято същност се състои от категории недостатъци; и (2) лицата, идентифицирани чрез тези диагнози, са програмно

считани за обречени поради индивидуалните си биологични състояния и по този начин са третирани като безнадеждни доживот. И двете са характеристикина индивидуално-медицинския модел на увреждането, който систематично пренебрегва социалните функционални ограничения, в рамките на които възниква увреждането. Социалният модел на уврежданията възникна като отговор и алтернатива на индивидуално-медицинския модел.

## „Възрастните с геменция“

Възрастните хора с геменция са различни в сравнение с „общо увредените“. Последните се третират като обречени или опозорени още от раждането или от ранна възраст; „възрастният човек с геменция“ постепенно изпада в трагедия към края на живота си. Докато „общо увреденият“ е пенсиониран или изключен от ранна възраст и през по-голямата част от съществуването си, „възрастният човек с геменция“ е дискретно отстранен в края на живота си.

За мнозина, а често и за близките на възрастните хора с геменция, това внезапно и необявено оттегляне от общоприетата ни рационалност е равносилно на смърт; „все едно те вече не са сред нас“. В някои случаи хората от близкото обкръжение могат да пожелаят човекът по-скоро да умре, в името на неговото достойнство. Защото загубата на рационалност, език или памет се възприема като недостойна, унижителна, безполезна или абсурдна. Това усещане за окончателно заличаване в края на иначе функционалния, „нормален“ живот вероятно е от решаващо значение за начина, по

който деменцията се третира, малтретира или игнорира в България и на други места.

Представете си, че човек, за когото се грижа, изпада в тантрум, защото не му позволявам да си купи пет шоколадови блокчета за закуска днес. Ако този човек е двегодишната ми гъщеря, внимателно и търпеливо ще ѝ обясня, че това не е възможно, ще пренастроя поведението ѝ, ще я разсея с нещо друго и знам, че след няколко години този малък конфликт ще бъде забравен и ще е без значение. Ако лицето е 87-годишната ми майка (съвсем различен човек със съвсем различен багаж от преживявания), начинът ми за справяне с конфликта може да е много сходен.

Всъщност собственото преживяване на объркване, ярост и страдание е много сходно и в двата примера. Все пак можем да романтизираме първия пример като естествен етап в процеса на усвояване на житейските правила, а втория – като тъжен пример, показващ позора на човек, който е паднал толкова ниско, след като в миналото е бил толкова ярък. Ние просто сме зле приспособени и зле подготвени да се справим с тези естествени процеси на влошаване. И отново, общата здравна система не ни подкрепя много добре в тези предизвикателства.

България има едно от най-възрастните и най-бързо застаряващи населения в Европейския съюз. Бързият темп на застаряване вероятно ще доведе до бързо нарастване на броя на хората, засегнати от болестта на Алцхаймер и други форми на деменция. Сравнително скорошно проучване на сдружение Алцхаймер България (данни от 2014 г., публикувани в Цоцманска и Илиева, 2023) показва, че в страната липсват структурни условия и необходимите политики, които

биха позволили да се започне признаване на въздействието на деменцията върху населението – да не говорим да се осигурява грижа за семействата и засегнатите лица.

Според изчисленията към 2014 г. около 25 000 българи, което е една четвърт от приблизителния брой на хората с деменция в страната, не са диагностицирани. Хората от малките градове и села нямат достъп до специализирани медицински специалисти, които са съсредоточени в няколко големи града. Освен това общопрактикуващите лекари са склонни да разглеждат много от симптомите на деменция като нормални последици от процеса на стареене и не преглеждат редовно своите пациенти за деменция.

Всъщност няма официални данни за хората с деменция на нито едно правителствено ниво – централно, регионално или местно. Местните власти и специалистите в областта на социалните услуги като цяло не са информирани за деменцията и болестта на Алцхаймер. Социалните работници изглежда са наясно с наличието на проблем, но се чувстват неспособни да дадат адекватен отговор. Българските здравни служби не предлагат никакво лечение, освен медикаментозно, а хората с Алцхаймер или други форми на деменция не се наблюдават рутинно.

Достъпът до публични грижи за хора в късен стадий на деменция е изключително ограничен и неадекватен, а семействата, които се грижат за пациентите у дома, не получават никаква подкрепа. В Националната здравна стратегия 2014–2020 г. болестта на Алцхаймер и деменцията са пренебрегнати; в Националната концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България 2012–2030 г. проблемът е споменат накратко, без да му е даден

приоритет или да са предложени конкретни мерки. Цоцманска и Илиева (2023) съобщават и за сериозна липса на обучение по деменцията за специалисти и персонал на всички нива – лекари, медицински сестри, болногледачи и социални работници. Освен това нито един университет в страната не предлага учебна програма по геронтология. Последният публикуван доклад за обществените грижи за деменцията в Европа (Alzheimer Europe, 2023) дава шокираща представа за това как България пренебрегва този проблем в сравнение с други европейски държави.

Пейзажът на общественото пространство е пуст, а в тишината можем само да подозираме какво се случва в уединението на семейните домове или в живота на изолирани възрастни хора или двойки. Липсата на публично достъпна информация за деменцията, съчетана с обществения срам, свързан с евентуалното признаване на състоянието, улесняват заличаването на възрастните хора с деменция до степен, която е трудно да се оцени. В общество, което не признава и не се справя с демографските и клиничните последици от деменцията, засегнатите семейства са изоставени от обществената система за здравеопазване и изолирани вкъщи поради общите практики на изключване или забравяне на хората с когнитивни увреждания.

## Пътища напред

Какво трябва да се направи и какви възможности са на разположение, за да се върнат достойнството и надеждата на изключените, изоставените или жертвите на психиатрич-

ни и психологически злоупотреби? Завършвам приноса си с някои бележки относно посоката, в която трябва да се развива нашето отношение.

- Биомедицинското управление на уврежданията има широко разпространение се ограничаващи и репресивни ефекти върху хората. Трябва да се насочим към **перспективата на социалния модел**, която описва и разбира увреждането така, както то се създава в обществения и физическия контекст за функционалност, и да ориентираме анализа и интервенцията към практическите възможности за подобряване на живота на хората с увреждания.
- Затова вниманието ни трябва да се насочи от увредената конституция на индивида към несъответствието между тази конституция и околната среда. Въпросът трябва да бъде не толкова „Какво не е наред с този човек, което провокира неговия неуспех?“, а **„Как можем да изградим социална среда, която да подкрепя и подобрява живота на този човек?“**
- Малко вероятно е необходимата реформа на вниманието към хронично болните и хората с увреждания да се осъществи по инициатива на медицинските специалисти. В същото време съществува потенциал за иновации сред **професионалистите в публичния сектор, които са близо до хората**, на които служат. Те разполагат с регулярни възможности за разработване на положителни, конструктивни и овластяващи стратегии за грижи, въпреки съществуващите административни ограничения.

- Такива **мотивирани професионалисти** могат да ръководят формулирането на иновативни усилия и стратегии, заедно със съмишленици от **академичните среди и гражданските организации**. Валидните модели придобиват своята надеждност благодарение на приложните изследвания, които наблюдават и доказват тяхната ефективност. Такива инициативи не трябва да чакат одобрение от официалното ръководство в областта на медицината (особено когато това ръководство не ги разбира и не ги подкрепя).
- Както широката общественост, така и техническите професии често оправдават пациента с психично заболяване и човека с увреждане от позицията на „хуманност“, която може да ги унижава като хора, нуждаещи се от съчувствие, възхищение или съжаление. **Възстановяването на достойнството** на хората, които са били унизени, обективирани или заличени от психодисциплините, трябва да бъде политическо, в смисъл на възстановяване на тяхната дейтелност и **правото им на самоопределение**.
- Правата на самоопределение и на приспособяване за участие, както и възстановяването на всички основни права на хората, които исторически са били принизени или изключени като хора с увреждания или психично болни, са както индивидуални, така и колективни.
- Еманципацията изисква съвместното участие на официалните и неофициалните лица, **полагащи гри-**

**жи** (включително подкрепящи семейства и технически специалисти), в определянето и публичната защита на правата. За тази цел действащите лица и лицата, полагащи грижи, трябва **да поемат инициативата**, а специалистите трябва да подкрепят тяхната инициатива и самостоятелност.



# Трето око

ТАТЯНА ЙОТОВА

От рождение  
момичето бе седемпръсто.  
По нечия воля.  
Сочеха го,  
замеряха го,  
отлъчваха го  
нормалните  
с nihilистично обожание.  
Все им се струваше –  
ще ограби  
за тях отредените дарове  
с маниери несръчни.

От утробата още момичето бе с две сърца.  
По същата воля.  
И го сочеха пак,  
и отлъчваха,

и замеряха  
шаблонно скроените.  
Смут им създаваше то,  
нещо повече – кръвожадност,  
щом любов проповядваше  
ангелски фино и остро.  
Затова с конвулсивни движения  
подареното второ сърце изтърбушиха.

По рождение  
момичето беше с Трето око.  
За простосмъртните –  
неоткриваемо.  
Ала слух се понесе:  
че същински оазис разцъфнал е,  
че земя обетована притежава...  
И така,  
в реотана на мрака,  
без да протакат,  
заповядаха с ярост:  
Ослепете го!

Момичето вече е  
с пет пръста.  
По закона на хората.  
Със едничко сърце.  
Като тях.  
Но не можеха  
скритото Трето око да пребъркат.  
И зазидваха другите две.

Нито власт, нито дарба  
точно в шестия час  
им се даваше  
те да случат разнятие.

Момичето има (извън правилата)  
Трето око.  
Дето неми камбани  
леят му песни и сънища  
за седемпръсти създания  
с много сърца.

... И за земни –  
с изгризани ириса.



# „Не е луд, който яде баницата...“

Легалните възможности за пристрастяване, създавани и възпроизвеждани от корпоративния капитализъм

**ЛОРА МЛАДЕНОВА**

– Благодаря ви, мили хора, за вашата прекрасна и благородна мисия, с която правите нашия свят малко по-добър! – трогателно изрежда заучени слова Михаела Филева между куплетите на хита си *Когато ти трябва*.

Оглеждам колегите си, танцуващи около мен по време на тиймбилдинга на елитен гръцки плаж, който никога от нас, освен представителите на високите мениджмънт, не би могъл да си позволи самостоятелно с получаваните възнаграждения. Изпитвам усещане за дисоциация и главата ми се замайва. Може и да са текилите, но пък те ми помагат да преживея по-безболезнено вечерта. Поклащайки се в ритъма на песента, почти всички в захлас наблюдават изпълнителката с грейнали лица и блеснали очи като упоени. Убедени са, струва ми се, в сценарно заложените ѝ думи за мисията, с която правим света малко по-добър. Значи угровите активности, които сме изпълнявали по отбори в последните два дни, са си свършили работата. Всеки от от-

борите е облечен в различен цвят корпоративно брандирана тениска, по името на някоя от ценностите на компанията. Гъвкавост, гързост, толерантност, грижа... А може и да бяха смелост, амбиция, солидарност, вдъхновение. Компанията, в която тогава работя, както много други локални и международни компании, строи *Прекрасния нов свят* по Олгъс Хъксли, а конкретният ѝ предмет на дейност е търговията с тютюневи изделия. Тръгвам си около три месеца по-късно с убеждение, че действителността все пак е каквото виждам, а не каквото ми рекламират. В годините след това, преди да успея да се отдалеча изцяло от корпоративната страна на цивилизацията, прекарвам известно време и в креативна агенция\*. Всеки творчески порив на членовете на екипа бива консистентно погребван под тежестта на флаери, брошури, стикери, банери, билбордове, тениски, рамки за *Instagram*, постинг планове за социалните мрежи, слогани за новата сладка напитка, нравствени послания за бързи кредити, кошници с подаръци към медите. Извинете ме, *гифт баскети*. Всичките брандирани. Запитвания за брандиране на пешеходни пътеки от името на производители на спиртни напитки. Запитвания за прожектиране на корпоративно лого нощем върху крепостта Царевец. Запитвания за брандирани кексчета за служителите по време на конференция, на която да се говори какво се прави с изхвърлената излишна храна. Годишни доклади за корпора-

\* Компания, специализирана в създаването и реализацията на креативни концепции и стратегии за бизнеса, чиято основна цел е да помогне на брандовете да се отличават и да достигат до своята аудитория по ефективен начин.

тивна социална отговорност. Платени прессъобщения за благотворителните инициативи за борба със затлъстяването на компании за силно преработени храни. Печатни материали на тема спасяване на хартията.

За да запазиш разсъдъка си в условията на взаимно подхранваната колективна делюзия на консуматорския капитализъм (независимо дали си неин потребител, неин строител или неин глашатая), разполагаш с два основни варианта. Първият е да повярваш в нея по начина, по който повечето от героите на Оруел от 1984 вярват, че „Войната е мир. Свободата е робство. Невежеството е сила“, понеже така или иначе императивните очаквания към теб са да го повтаряш възторжено в хор. Вторият е да се възползваш от цялото ѝ разнообразие от заместващи механизми, за да си гоставяш гребни и привидно безопасни, но за сметка на това непрекъснати удоволствия, чрез които парадоксално да се скриеш от нея, докато всъщност се изгубваш още по-навътре в сърцевината ѝ. „Изборът на човечеството е между свободата и щастието“, пише още Оруел в цитирания роман, „и за по-голямата част от човечеството щастието е по-добро.“ В условия на взаимна зависимост комуникационната индустрия и производителите на вредни и водещи до пристрастяване, но напълно легални стоки и услуги непрекъснато продават по цветен, шумен и заблуждаващ начин концепцията, че същото това щастие се състои в съвършено триединство от относителна сигурност, суетна показност и перманентно забавление. Лудостта на Уилям Уортън от *Пилето*: „Чуй какво ще ти кажа, Ал: луди са може би онези, които виждат нещата ясно, но намират начин да се помирят с всичко.“

Преситен с постоянни стимули, които оценява като безвредни удоволствия, невинни презрешния или най-много бели кахъри, съвременният зависим човек умишлено бива възпитаван в леност. Постоянните забавления, които му се предлагат, са функции на съществуващото статукво. За да запази достъпа си до тях, той трябва да се интегрира в това статукво и съответно да служи като един от безчетните му пазители. Презадоволяването с вредни наслади успива индивида и блокира поривите му към протест, реформа и промяна. Различните форми на контролирана легална пристрастеност мълчаливо се впитат в общоприетата представа за социална приемливост. Категорично отказващият алкохол, никотин, захар, кофеин, всякакви форми на залагане, непородени от обективна нужда покупки, както и излагане на забавно, порнографско или свързано със социалните медии съдържание човек, бива разглеждан като екстремист, радикал. Той не е социално желан. Социално приемливият съвременен успешен човек избира живота, тъй както персонажът на Ървин Уелш от *Трейнспотинг*: „Избери да седнеш на онзи диван и да гледаш затъпяващи и сломяващи духа телевизионни игри, тъпчейки се с шибани боклуци. [...] Избери живота. Но защо ми е да правя това?“

Богат набор от кофеинови напитки компенсират липсата на качествен отпочив и помагат да се вкареш в ритъма на деня си сред *динамичен и млад екип*, твоето второ семейство.

В подкрепа срещу катализираната от консумацията им тревожност идват тютюневите и никотинови изделия, димни и бездимни. Комплексите за малоценност се давят в лавина от лайкове и илюзия за личностна значимост, докато ти самият негласно се състезаваш с тялото, ро-

мантиката или последната екстремна ваканция в живота на гругите и неусетно потребяваш още и още емоционални, лесни и кратки политически и маркетингови послания, които деформират по свой образ и подобие съзнанието и ценностната ти система. Алгоритмите работят на принципа *колкото повече, толкова повече*, а ти самият бурно и възмутено би отрекъл, че онлайн средата на контролирано забавление контролира на първо място теб. На теория, разбира се, имаш пълното право да не потребяваш социални медии. На практика това би те довело до отпадане от пазара на повечето съвременни престижни професии и от достъпа до информация.

Чувството за личностно безсмислие в рамките на съответния ден се преборва с покупки. Преработените храни и всички възможни форми на пакетирани захар могат да бъдат оставени до вратата ти и те зареждат с бърза енергия и бърз допамин като антидот на постоянното усещане за преумора и меланхолия за все по-кратки периоди, а след това оставят нивата им дори по-ниски от първоначалните и цикълът на необходимостта започва отначало.

Алкохолът няма как да е хроничен проблем, ако пийваш само по една-две бири на ден. И ти самият знаеш, че на по чаша вино си по-приятен, по-спонтанен и весел събеседник с повече стимулирано самочувствие.

В случай че усетиш недостиг на тръпка или на надежда за надскачане на мястото си в социалната стълбица, можеш незабавно да си я осигуриш с хазартни игри. И няма нужда да отиваш в казино и да носиш стигмата на хазартно зависим, когато имаш шанса да залагаш сега, в реално време и на един клик разстояние. Опасностите са в тъмното навън, от

дете са те учили така, те не са вкъщи на дивана.

Срещу дефицита на адекватно и пълноценно човешко общуване са налице сериалите и реалити форматите, а причината именно те постепенно да изместват ролята на киното в последните две десетилетия се корени именно в нуждата от повтораемост на хора, при които да се връщаш и да те интересува съдбата им. Когато не остават време, емоционална и социална енергия за приятели, има *Приятели*.

Ако дори и приложенията за запознанства изискват твърде голямо усилие, порнографията напълно безплатно помага за краткотрайно задоволяване на нуждата ти от интимност и от мимолетна среща именно с тези твои фантазии на рѳба на приемливото, за които иначе би следвало да инвестираш прекомерен емоционален ресурс в изграждане на партньорско доверие, преди изобщо да опиташ да осъществиш. Не е нужно да се стараеш, няма риск да те отхвърлят. А оргазмът подпомага заспиването и успокоява главоболието. Докато незабелязано изкривява перспективата ти за това какво изобщо представя човешката сексуалност, какво харесва на теб и на другия, и какво и как можеш да очакваш в рамките на интимна връзка, притѳпява сетивността ти и те отдалечава от настоящите ти и потенциалните ти партньори.

Получава се затворен и повтораем цикъл по подобие на описания от Антоан дьо Сент-Екзюпери в повестта *Малкият принц*, когато едноименният герой среща самотен алкохолник на малка, пуста планета:

*– Какво правиш ти? – каза той на пияницата, когато завари настанен мълчаливо пред една редица празни и друга редица пълни бутилки.*

- Пия – отвърна мрачно пияницата.
- Защо пиеш? – попита го малкият принц.
- За да забравя – отговори пияницата.
- Какво да забравиш? – поиска да разбере малкият принц, който вече го съжаляваше.
- За да забравя, че ме е срам – призна пияницата, като наведе глава.
- Срам – от какво? – пожела да узнае малкият принц, който искаше да му помогне.
- Срам от това, че пия! – завърши пияницата и потъна окончателно в мълчание.

Всяка от изложените законово и социални легитимирани зависимости присъства над или под линията на обичайния обществен комуникационен дискурс в максималната степен, в която това ѝ е позволено от правната рамка. Част от зависимостите са безплатни в паричния смисъл на това понятие, като същевременно търгуват с ресурси като времето и концентрацията ти, препродават и прекупуват възприятията ти, излагайки те на все повече форми на рекламни послания и способности за въздействие върху потребителските ти избори. Останалата част струва на пръв поглед малко като единичен разход, но за сметка на това ежедневно или поне регулярно изтичащи пари. С времето заема значителна част от личния бюджет и обуславя нужда от повече работа с цел осигуряване на повече отдушници от повечето работа.

Докато гадени бизнеси, каквито са например производствата на преработени храни, все още могат да рекламират и маркетират своите стоки безконтролно и

по всички възможни канали, на други, като мютлюневите изделия, спиртните напитки и хазарта, се налага да се съобразяват с определени законови ограничения и да бъдат изобретателни в откриването на нови и нови по-косвени комуникационни ниши, в които да презентират себе си в благоприятна светлина.

В ерата на достъпната информация не е достатъчно просто да произвеждаш и предлагаш, а не е целесъобразно да си служиш и с твърде явни лъжи, които лесно могат да бъдат проверени. Затова са необходими нови стратегии, нови послания, нови полета за изява, в които една корпорация да оперира, за да резервира мястото си на скамейката на добрите герои и да остане устойчива на времето си. Информацията трябва да бъде пълна, да бъде атрактивна и ангажираща, да достигне до потребителя на емоционално равнище, да насочва мисълта в посока извън очевидната, и най-вече, да бъде всеобхватна, да бъде всепоглъщаща, да бъде много. Толкова много, че да претоварва съзнанието по начин, който елиминира човешкото желание да пита, да търси и да чете допълнителна информация, защото така или иначе вече не съумява да обработи настоящата. Информацията трябва да приспива и да радва, защото добрият сън и органичната радост са дефицитните стоки на съвременното. Добрият герой предлага това и нищо повече.

„How could it hurt you, when it looks so good?“, пита Магона в парчето си *Hollywood*.

И е трудно да не изглежда добре. В съвременната комуникационна среда производители на вредни стоки и търговци с вредни услуги на практика не съществуват. Досуш борците и застрахователите от 1990-те години, които от

мутри и мафиоти съумяха да метастазират до високите обществени етажи и да ребрандират самите себе си в бизнесмени, политици, предприемачи и филантропи, компаниите също спряха да бъдат *компани*. Трансформираха се в дарители и спонсори, меценати на изкуството, приятели на спорта, радетели на младежта и образованието, основни рекламодатели на независимите медиуми, крупни данъкоплатци, инвеститори в малките населени места, наградени с медали работодатели, разкриващи работни места с конкурентно възнаграждение в една постна откъм такива работодатели действителност.

И ето тук се корени коварната уловка: когато финансира положителния наратив за самата себе си, една компания същевременно поставя в постепенно нарастваща зависимост реципиентите на своето финансиране и така задушава възможността за възникване и разпространение на успоредно съществуващ негативен наратив. Държавата, служителят, бенефициентът и комуникаторът се отказват сами от идеята да хапят ръката, която ги храни. С дифузното разпространение на положителния наратив нараства излагането на потребителя на корпоративните послания. С нарастването му се увеличава и консумацията. С ръста на консумацията растат пазарите на стоки и услуги, растат и възможностите за създаване на още по-положителен наратив. Общностната зависимост подхранва частната и обратно. Ако разглеждаме обществото като жив организъм, а състоянието на зависимост – като инфекциозно заболяване, то несвоевременното излекуване на първопричината води до хронифициране на болестта, а тя, от своя страна, до нужда от непрекъснато третиране на симптоматиката.

Капитализмът се нуждае от пристрастен човек, който работи, за да потребява, и потребява, за да работи, тоест, за да докаже своята принадлежност към системата и да не отпадне от нея. Всяка от грижливо създадените и корпоративно подхранвани зависимости (като храната, алкохола, никотина и др.) може да се развива напълно легално – с подкрепата на реклама и маркетинг, с подкрепата на медиуми, на държавата, дори на неправителствени организации. В макро контекста на обществото изброените актьори функционират в икономическа зависимост от корпорацията в качеството ѝ на данъкоплатец, инвеститор, работодател, дарител. Затова и всеки един от тях по свой начин работи в нейна полза и утвърждава възникването и разпространението на зависимостите в микро контекст, тоест индивидуалните зависимости на хората. Съвременният динамичен карьерист, който купува много вещи, обръща по няколко чашки след работа, пуши, зарежда се с енергийни напитки и т.н., не се разглежда като психически болен, напротив, той е дори модел на поведение. И все пак той не е психически здрав.

Консуматорската култура не може да бъде разбрана, нито преодоляна чрез вменяване на вина у зависимия индивид. Нещо повече, тя съществува и се култивира именно с идеята да го направи зависим по неусетен и изглеждащ социално приемлив начин. Нека накратко да проследим в детайли как се случва това на практика в няколко от изброените комуникационни полета.

## Търговската мрежа

Да вземем за пример най-близкия квартален супермаркет, намиращ се до дома на читателя на този текст, където и който и да е той. Този супермаркет е пренаситен с цветове и също толкова претъпкан с продукти до степен да затруднява разминаването на двама потребители между коридорите му с рафтове. Между 20% и 30% от набора на предлаганите продукти се състои от плодове и зеленчуци, непреработени храни, продукти от първа необходимост като брашно, ориз и бобови култури, както и органични, био и/или произведени по устойчив начин продукти с животински произход. За сметка на това цели отдели от магазина са посветени преимуществено на алкохолните и на захарните изделия, на силно преработените храни, както и на млечните изделия – до толкова, доколкото законовите регулации в областта на тяхното разпространение го позволяват.

Зад неслучайната подредба в магазините стои фина психология, а цели звена от корпорациите, опериращи в областта на производството и търговията с бързооборотни стоки, се занимават конкретно с договарянето на най-изгодната локация, където продуктът да бъде изложен в рамките на различните типове търговски обекти. Без претенции за изчерпателност някои от използваните в търговски обекти техники са следните:

- Разполагане на цветя, щайги с плодове или други свежи и атрактивно изглеждащи стоки в малко количество около входа на търговския обект, за да се създаде общо усещане за навлизане в приятно, здра-

- вословно и гостоприемно място, което буди доверие у клиента си (Bezawada & Pauwels, 2013);
- Позициониране на продуктите от първа необходимост в дъното на магазина, така че на потребителя да се наложи да обиколи между всички изложени стоки, докато стигне до тези, за чиято покупка е дошъл, а същевременно съзнанието му се уморява от пресищането с информация и способността му да взема адекватни решения постепенно намалява (Campo & Gijbrecchts, 2005);
  - Поставяне на продуктите, чието предлагане се промотира, на рафтовете на средното ниво на човешкия поглед – обикновено това са продуктите на най-големите брандове и тяхното излагане на рафта е обвързано с най-високото възнаграждение от производителя или разпространителя на съответната стока към собствениците на търговския обект (Chandon *et al.*, 2009; Valenzuela, Raghuram & Mitakakis, 2013);
  - Привлекателен дизайн на опаковките на вредните продукти (употребата на червения и жълтия цвят, характерна за опаковките на преработени храни, стимулира апетита и глада, докато употребата на нюанси и текстури, близки до естествените природни багри или амбалажната хартия, създават асоциация за здравословен продукт, диетичен продукт, домашен продукт, продукт от премиум сегмента) (Bloch, 1995; Orth & Malkewitz, 2008; Clement, Kristensen & Grønhaug, 2013);

- Намаления и промоционално предлагане по модели като *Взимаш две, получаваш три, 20% повече продукт на същата стойност, Офертата важи до изчерпване на количествата, Спечели награда, като събереш всички символи под капачката* и др. (Blattberg & Neslin, 1990; Ailawadi & Neslin, 1998);
- По-голям обем на пазарските кошници и колички с цел потребителят да остава с впечатлението, че не е напазарувал *достатъчно* (Wansink, Soman & Herbst, 2017);
- Фокус върху самостоятелно опакованите захарни изделия около касите на търговския обект с цел по време на чакането на опашка купувачът да добави един финален нездравословен шрих към избора си на покупка (Sorensen, 2016).

Със самото си влизане в кварталния супермаркет клиентът негласно приема да бъде изложен на достиженията на десетилетни изследвания на потребителското поведение, които с днешна дата служат на търговските и маркетинговите отдели. Закономерно, колкото по-мастита е компанията, произвеждаща или разпространяваща даден продукт, толкова повече средства биват инвестирани в нейното агресивно и често пъти нежелано достигане до твоето внимание. Интересът на търговеца, държащ обекта, съвпада с корпоративния – той печели както от продажбата на повече на брой стоки, така и от вътрешните договорености с компанията, от които зарежда продукти. Той също се поставя в зависимост, защото потенциалният отказ от та-

къв тип договорености би означавал по-ниска конкурентоспособност спрямо съседа му по търговска дейност.

## Корпоративната социална отговорност

Отвъд търговските трикове, насочени към осъществяването на директни продажби, дори по-голям дял от комуникационните усилия на съвременната корпорация, предлагаща вредни и пристрастяващи продукти и услуги, остава под линията, тоест е насочен към нейния обществен имидж. По цялата верига от индивида до крупната компания всеки има нуждата да бъде добрият герой в своята собствена история. Успешната компания прави добро и продава, придирчивият потребител също прави добро косвено, когато се спира на нейния продукт.

В условията на съвременните научни, информационни и правни достижения е практически невъзможно да се маркетува с директни лъжливи твърдения като например някогашния мит, че цигарите подпомагат функцията на гласните струни, или пък да се отричат вредите от алкохола, захарта, хазарта, излагането на синя светлина и т.н. Още повече в случаите, когато рисковете и вредите от съответния продукт регламентирано трябва да бъдат упоменати на видно място върху неговата опаковка. В отговор на информация и регулации, на търговците с легални адикции се налага да вдигнат мизата и да отидат стъпка по-напред, а именно като си купят обществения наратив за себе си. Колкото повече вреди носи един бизнес, толкова повече интерес има от инвестирането в изчистване на своя имидж.

*Продавам алкохол, Организирам залагания, Предлагам цигари, Произвеждам вредни храни* вече не са достатъчно секси послания. Тези послания не биха казали нищо повече от „създавам у хората масови зависимости с единствена цел за собствена търговска печалба“. Те не обслужват имиджа на производителя в достатъчна степен, нито нуждата на потребителя да бъде спокоен с отговорния си и хуманен избор. Не представляват постижение, достойно за медали и награди, нито имат естеството, необходимо за разказването на една красива и затрогваща история в медииите.

Инвестицията в благотворителност обаче предлага точно нужното послание, при това в комбинация с легално регламентираните възможности за данъчни облекчения. Обикновено компаниите избират за своя кауза или някои от Глобалните цели на ООН за устойчиво развитие, съвпадащи с така наречените им фирмени ценности, или преките резултатите от собствената си вредоносна дейност.

*Не карам пил, Подпомагам хазартно зависимите, Грижа се за здравето на малкия човек от тютюнопроизводителните райони, Намалявам въглеродния отпечатък, Садея дръвчетата веднъж годишно, Редуцирам употребата на невъзобновими природни ресурси, Финансирам строежа на спортни площадки за децата* – това са морално безукорните и секси послания, които ще осигурят медийно отразяване, награда за социално отговорна компания и снимка на директора ѝ с популярния в този ген изпълнител, който току-що е благодарил на екипа от сцената, че прави света ни малко по-добър.

При липса или недостиг на достатъчна обществена инвестиция в социално значими каузи, каквито се наблюдават у нас, на преден план обичайно излиза ролята на организа-

циите с нестопанска, иначе казано с идеална цел. Индивидуалните усилия правят къде успешен, къде не толкова успешен опит да компенсират наличието на общностните такива. За неправителствените организации съществуват лимитиран брой възможности за финансиране – грантово финансиране от международни организации, ЕС или в редки случаи от гържавата, финансиране чрез индивидуално дарителство или финансиране чрез корпоративно дарителство. От трите посочени опции корпоративното дарителство е всъщност тази, която предлага едновременно относително облекчена процедура за получаване на търсените средства в достатъчен размер, така че целевият проект наистина да може да бъде осъществен. Това се случва с цената на намеса на корпорацията в естеството и мащабите на проектната реализация, както и на превземане на комуникационния наратив и изместване на изпълнителите на проекта от него за сметка на неговите корпоративни спонсори. Членовете на съответната неправителствена организация успяват на индивидуално равнище да работят за своето *малко добро*, осигурявайки още един комуникационен канал на корпорацията, която често пъти стои зад възникването на самата нужда от това *малко добро* на първо място. Ако откажат такъв тип финансиране, те поемат риска да не успеят да реализират каузата си изобщо, да се наложи да се саморазпуснат и евентуално членовете им да работят по други цели и другде. Например за корпорация.

Така създателите на зависимости на нова сметка ни продават самите себе си, този път в качеството си например на активни борци срещу зависимостта или срещу някоя индиректна последица от нея. При проектната реализация

се търси баланс между измеримо практическо въздействие и все пак минимален мащаб на това въздействие, така че проблемът да не се изкоренява напълно.

## Медиите

Ситуацията с така наречената четвърта власт носи редица сходства с тази при неправителствените организации. С изместването на традиционната печатна медия от дигиталната медия и интегрирането на телевизии и радиа в онлайн средата, дойдоха и нови формати, нови изисквания към съдържанието, нови възможности за реклама, нови предизвикателства за самите медии. Един вид: *Медията е мъртва, да живее медията*. А с нея и една изцяло нова представа за медийна независимост.

Съвременната медия не се самоиздържа и не печели от продажби към крайния си потребител, дори ако говорим за онлайн издания на абонаментен принцип, платени канали или печатни издания. Те нямат икономическа устойчивост. Остатъчната преса е предимно бутикова с ограничените си и свити тиражи; всеки канал с повече или по-малко усилия може да бъде открит във версия за пиратско излъчване, всяка защитна стена от изискваща абонамент публикация може да бъде свалена с правилния код. Като изключим обществените медии, когато те изобщо съществуват, остават четири модела за медийно финансиране, и всеки един от тях е обвързан с различен тип зависимост. Грантовото медийно финансиране функционира в рамките на продължителността и целите на проекта, за който е отпуснато.

Финансирането на база доброволни постъпления от зрители и читатели обикновено ограничава с обема си и изправя медийния човек пред дилемата дали да се стреми към сензационност с цел повече интерес и постъпления, или да работи също предимно на доброволния начала, за чест и слава, и за удоволствие в свободното си от същинска работа време. При прякото или косвено притежаване на една медия от дадена политическа сила изобщо не може да се говори за каквато и да било независимост. Като най-разпространен остава четвъртият вариант – медията да печели от рекламодатели.

За целите на спечелването на рекламни бюджети медията адаптира своето съдържание по два начина. На първо място то следва да достига до максимален брой хора и да предизвиква реакции у тях, защото колкото по-обемна и ангажирана е аудиторията, толкова повече интерес представлява тя за рекламодателя. За да постигне това, медията сваля нивото на съдържанието си, опростява го, търси сензационност поне чрез заглавията, залага на броя и бързината, преди да помисли за качеството и смисъла, създава контролирана и предизвикваща коментари провокация. Например: абсурдните татуировки на порно звезда представляват по-бърза, по-кратка, по-кликаема и по-достъпна тема спрямо анализ на негативните психологически ефекти на порнографията върху младите хора или разследване на насилствените и експлоатационни практики в порно индустрията. На второ място, съдържанието следва да бъде безконфликтно и безопасно – един крупен рекламодател от сферата на хазарта например не би инвестирал бюджета си в канал, чийто дискурс е регулярно насочен срещу хазарта.

Така медиите постепенно се самоцензурират и се *самопречистват* както от съдържание, насочено пряко срещу пристрастяващите бизнеси в тесен смисъл, така и от съдържание, носещо потенциал да развива у читателите си критична оценка, аналитичност и любознателност в широк смисъл. Оттам нататък идва същинската реклама, с уточнението, че малка част от нея е наистина *същинска*, тоест позиционирана като рекламен клип, рекламно каре, банер, и т.н. в зависимост от канала. Повече любопитство буди промотираното съдържание, което може да се състои в обикновени платени прессъобщения, в платени авторски материали във възхвала на даден продукт, в спонсорирани рубрики, аудио или видео формати, както и контент маркетинг материали. Последните представляват например статия или видео на странична ангажираща тема, в които небрежно и между редовете са преплетени препоръки за ползите от дадена стока или услуга.

За потребяването на даден медиен канал онлайн консуматорът следва да се съгласи да бъде излаган на рекламно съдържание, както и да приеме поне минимални настройки данните му да бъдат събирани, анализирани и използвани за последващо насочване на рекламно съдържание. Пред медиите пък стои въпросът дали да се подчинят на рекламния императив и да запазят относителна свобода да създават и авторски материали, или да функционират като бутикови и почти любителски канали, без да разполагат с достатъчен ресурс да се самоиздържат и да достигат до хората. Някои избират независимостта. Тези, които не я избират, разполагат с ресурса да се наложат като по-масови. Те могат да промотират себе си, а заедно със себе си – своите рекламода-

тели, и заедно завземат комуникационното пространство и постепенно го изчистват от противоречащи послания, защото, наред с всичко друго, медията с милиони читатели не само достига до теб първа, но и се ползва с повече кредитбилност от медията с например две хиляди читатели.

## Емплойър брандингът и служителят като бранг посланик

Достигането до максимален брой хора е крайна цел не само пред или чрез медията. Преди достигането си до крайния потребител компанията цели да спечели на своя страна един друг, още по-ценен за нея човек – своя служител. За работата в корпорация отгавна не е достатъчно да отидеш навреме, да свършиш преките си професионални задачи съвестно, да си тръгнеш след края на работното време и до началото на следващия работен ден повече изобщо да не мислиш за това. Компаниите нямат търговска цел, а мисия, нямат работни правила, а *ценности*. Желаният служител с перспективи за професионален растеж следва да приема тази мисия като своя, да вярва в нейните ценности, да ги изповядва и да работи за тях.

За да бъде привлекателна в очите на своите служители, компанията им предлага пакет от социални придобивки – като ваучери за храна, карти за спорт, допълнително здравно осигуряване, бонус почивен ден, гъвкаво работно време, възможности за хибриден модел на работа и т.н. Колкото по-вредни продукти и услуги предлага една корпорация, толкова по-склонна е да се презентира като добър работодател,

осигуряващ социален пакет (Kotchen & Moon, 2012). Компанията може да си позволи да бъде привлекателна с това благосъстояние на общностния провал да бъде осигурен равен достъп за всички хора до храна, спорт, здравеопазване и почивка. Същевременно така тя задълбочава социалното разделение между хората и прави привилегированата позиция на корпоративния човек желана и атрактивна с възможността му да е задоволява достойно поне базовите си потребности. Придобивките за служителите отново означават финансово облекчение за компанията (върху тях не се начисляват осигуровки), а за самия служител те, разбира се, идват с цена.

В течение на работата си той бива непрекъснато излаган на вътрешнофирмена пропаганда от различно естество. Било то чрез обученията в ценностите на компанията, било то чрез брандирани корпоративни подаръци, било то чрез тиймбилдинги от негласно задължителен характер, или чрез уъркшопи и семинари, насочени към изграждане на безкритична вяра в продукта. Обичайно отделите по човешки ресурси се ангажират с реализацията на пропагандните дейности, подкрепяни от партньорски комуникационни агенции. Целта е да се възпита перфектния служител. А за перфектния служител са характерни две неща. Първо, той не прави ясно разграничение между работното и личното си време, между работните и личните си интереси, целите на компанията се интегрират в неговите лични цели. За него екипът наистина е негово второ семейство, а на семейството се отказва трудно и трудно се поставят емоционални граници. За него препоръчително-пожелателните фирмени дейности, които навлизат в извънработното му време, наистина представляват раз-

влечение, възможност и подарък. Менеджърът му е неговият ментор, колегите му са неговите приятели. Второ, перфектният служител е посланик на бранда. Това означава, че той носи с гордост брандираното си облекло, споделя новини за развитието на компанията и предлаганите от нея продукти и услуги в личните си канали, потребява тези продукти и услуги и по този начин ги валидира пред обществеността чрез утвърждаването им от вътрешен източник. Вафлата, която ти плащат да произвеждаш, се ползва с по-малко доверие от вафлата, която избираш да ядеш и да купиш на децата си. На практика перфектният служител представлява едно допълнително безплатно рекламно пано, което на микро равнище носи допълнителна стойност заради емоционалните връзки със средата си, пред която гласно или негласно промотира.

Инвестирайки в превръщането на служителя си в посланик, компанията представя пред него инвестицията като подарък, като възможност, като грижа, като награда за добре свършената работа досега и стимул да върши още и да я върши още по-ангажирано и по-добре. Ако се придържахме към производството на вафли, пропагандата му изглежда така: целта на компанията би била например по-здравословно хранене, заради нейната ценност *Грижа*, а пряката ѝ задача е да наложи на пазара вафла, която от миналата година насам е вече с 10% по-малко захар, следователно е най-доброто предложение как да се погрижим за здравословното хранене на другия. На компанията е нужно служителят да повярва в това и да се облече с такива грехи и гуми. Като част от компания-добър герой той също става добър герой в своите собствени очи.

Ако искаше да го награди наистина, компанията би му гарантирала бонус, вместо да го заведе на скъпа, но контролирана почивка. Притокът на свободни средства обаче би му предложил една относителна свобода да оперира с тях и да действа в своя, а не в корпоративна полза, например да финансира началото на своя собствена предприемаческа инициатива, и така да разхлаби хватката на доброволното подчинение, в което се намира. Зависимостта се стимулира на малки хапки, с постоянни, но маргинални наградни стимули, които да подаряват в абсолютния минимум количество надежда за индивидуален растеж в ситуация на уж неограничени възможности. „Загубата на всяка надежда е свобода“, гласи девизът на *Боен клуб* от едноименния филм и вероятно перифразира мисълта на Солженицин, че „Можеш да имаш власт над хората само докато им отнемеш всичко. Но когато си откраднал всичко от един човек, той вече не е погтвоята власт.“

## Изкуството и попкултурата

Както за служителя, така и за потребителя се цели той да получи и още едно потвърждение на своя професионален или продуктов избор – това на популярното лице, на чието мнение се доверява, с което фантазира да преспи или на което мечтае да прилича. Безчет лица от сферата на попкултурата или на изкуството изработват основния дял от приходите си чрез рекламни участия или изпълнения по време на фирмени събития. Ярък пример за това е Захари Бахаров и ролята му на водещ на *Националната лотария* до преди няколко години.

Най-лесно и същевременно повърхностно би било да обвиним тези хора за действията им, ако оценяваме тези действия като неморални, вместо да потърсим причина във факта, че у нас е почти невъзможно да се самоизгържаш и да водиш спокоен и достоен живот само чрез създаване на култура и изкуство. Компаниите също знаят това и са наясно, че при надигане на евентуална вълна от недоволство за агресивна и подвеждаща кампания, тя би била насочена в пъти повече срещу *любимата звезда на народа*, отколкото срещу безименните членове на борда на директорите, чиито лица никога не е виждал в публичното пространство. Лицето на гадена кампания е укоримо точно толкова, колкото редовият служител на компанията, предлагаща услугата, медията, която разпространява рекламното ѝ съдържание, или неправителствената организация, която приема гранта ѝ. Всеки от изброените приема да възпроизвежда едно токсично статукво и зависимостта от него, за да съумее да продължи да съществува и да запази една малка част от себе си в рамките на същото това статукво. Границата между това да нееш, за да промотираш, и това да промотираш, за да нееш, постепенно се размива и изличава.

Наблюдаваме стремглавото развитие и на още една тенденция – бизнесът сам да създава свои собствени известни лица, вместо да се възползва от вече съществуващите такива. Примери за това са участниците в рояците се реалити формати. Тези хора биват безогледно използвани с цел сензация, трупане на гледания и продуктово позициониране в рамките на формата, същевременно използвайки на свой ред същия канал, за да придобият известност без непременно наличие на специални таланти и умения, да натру-

пат последователи и да привлечат рекламодатели за своите лични комуникационни канали. „За вечната слава първото, от което се нуждаете, е космическо безсрамие“, вярва Умберто Еко, който в сборника си с есета *Pape Satan Aleppe. Хроники на едно течено общество* подробно разглежда феномена на спорадичната слава, придобита чрез дистопична продажба на самия себе си в името на привличането на внимание и съпътстващите го придобивки.

## Подкрепата за социални каузи

Една хибридна разновидност на маркетингането на себе си чрез проекти за социална отговорност и влиянието чрез подкрепа от популярни обществени лица е подкрепата на не по-малко популярни *благородни* обществени каузи. Накратко казано, това са ситуациите, в които бизнесът оказва комуникационна и кампанийна подкрепа на дадено малцинство или неговите проблеми. Такива примери са *розовото изпиране*\* по време на традиционно залетия с надценени алкохолни и газирани напитки и бърза храна Прайд, финансираните

\* Розовото изпиране (на английски: *pinkwashing*) е термин, който описва практиката на компании, организации или дори правителства да използват подкрепа за ЛГБТК+ общността, за да подобрят своя имидж или отвлекат вниманието от противоречиви или неетични действия. Често това включва демонстративни действия като спонсориране на ЛГБТК+ събития, използване символа на дъгата или включване на представители на ЛГБТК+ в рекламни кампании, без реално да се подкрепят техните права или без да се извършват устойчиви промени.

от индустрията на залаганята спортни събития, както и рекламните кампании, залагащи на етническо, джгендърно, сексуално или визуално разнообразие на своите лица и посланици. Представяйки се като съмишленик на дадена обществена група, бизнесът търси нови пазари сред нейните представители, а разширяването на потребителската му база е много по-съществен аргумент от реалната ценностна подкрепа. За самите бизнеси вече няма смисъл да се свързват единствено с образа на успешия бял мъж на средна възраст, защото успешният бял мъж вече отдавна не е единственият социален персонаж с покупателна способност, който да взема консуматорските решения в дома. Извън потребителската кошница обаче той остава най-масовият персонаж по високите етажи на корпоративната стълбица и запазва своя йерархичен статут. А бизнесите рядко избират за своя *благородна кауза* бездомните хора или най-икономически слабите малцинства на ръба на оцеляването в дадена държава или общество, тъй като сред редиците на техните представители трудно може да се открият потенциални нови потребители. По същия начин и Прайдът в една западна страна е атрактивна кауза за корпоративна подкрепа, но никак не са многобройни компаниите, които открито биха подкрепили кампании за правата на открито репресирани сексуални малцинства в развиваща се държава с диктаторски режим, макар и тамошните хора реално да имат в пъти по-крещяща нужда от практическа и комуникационна помощ.

Подкрепата към социални каузи носи и известен риск поради факта, че повечето социални каузи в съвременното поляризирано общество са от противоречиво и конфликтно естество и за сметка на лоялността на дадена обществена

група, пораждат и гнева и отрицанието на друга. Премереният и дори целенасочено търсен конфликт обаче носи и една неоспорима полза – разпознаваемост на бранда. Така наречените благодетелствани от бранд-подкрепата към своята кауза ще запомнят бранда с благодарност. Като непряко и съответно по-малко засегнати, разгневените ще забравят конкретния случай, когато след три дни ги е ядосало нещо друго, но в подсъзнанието им ще остане единствено брандът. За тях фаст фууд веригата, която подкрепя Прайда, ще се запази единствено в качеството си на фаст фууд веригата, за която те чуват най-често. Ако подходи разумно и таргетирано, брандът ще запази позициите си и сред незаинтересованото или негативно настроено мнозинство от потребители, и сред подкрепяното и благодарно консуматорско малцинство.

## **Илюзията за индивидуалния избор и индивидуалната отговорност**

Ние всички имаме индивидуален избор и носим индивидуална отговорност за него. На теория това изцяло е така, а на практика също е така, макар и в по-малка степен. Напомняме си го, когато виждаме престъпност сред маргинализираните групи и бързаме да обвиним извършителите и изобщо представителите на тази група, че те са си „избрали“ да бъдат „такива“. Напомняме си го, когато става дума за корпоративен и феодален избирателен вот по селата. Напомняме си го, когато поредна жена бъде убита от партньора си, който неведнъж вече ѝ е посягал. Когато говорим за

зависимости, били те нелегални или легални, ние отново си го напомниме. В крайна сметка, кой ги е карал, *тях, другите*, да извършват кражби и хулиганства, да гласуват под строй, да остават при онзи човек, да не се пазят достатъчно, да посегнат към субстанции и пристрастяващи поведения. Те имат избор, те носят отговорност за себе си, те сами са си виновни. Навлизайки в такова мислене и общуване, ние обръщаме презумпцията за виновност към крайния потърпевши в една дълга и заплетена верига на потисничества.

Консуматорският корпоративен капитализъм действително ни предлага всички възможни избори, удачни за неговото собствено благополучно възпроизводство. Действително можеш да не посегнеш към нито един от пъстрите и пристрастяващи избори, които те облъчват по всеки възможен начин от всеки легално възможен комуникационен канал; които ти се предлагат като най-достъпен, бърз и евтин начин за справяне със стреса от динамиката, вината и изискванията на системата около теб; които се утвърждават като социално желани. Можеш да не работиш в, за или с компании, които създават вредни навици чрез продажба на вреден продукт, независимо че ти дават най-сигурна, а понякога и единствена възможност да си осигуриш известна житейска стабилност. Можеш да избереш да не участваш във възпроизводството и мултиплицирането на консумацията на вещества, услуги, вътрешнокорпоративна пропаганда и контролирани комуникационни канали, като по този начин си осигуряваш автоматично и отпадането от обществото, към което следва да принадлежиш. Отпаднаш ли от обществото, това си е *твоя* избор и вината си е *твоя*.

**Наративът за крайния индивидуализъм и абсолютизирането на индивидуалната отговорност посвоему е също рекламен.** Той продава идеите, че всеки може да бъде всичко и е изцяло негова грешка, ако е станал точно такъв; идеята, че солидарността е излишна, защото всеки носи индивидуална отговорност пред себе си, следователно грешката си е негова, както и идеята, че самият ти, носейки индивидуална отговорност пред себе си, следва да се осигуриш материално, независимо от начина, и това ти дава правото включително да създаваш с труда си вредни продукти или да разпространяваш манипулативна информация, защото грешка на другия е да ги купи или да повярва поради неговата собствена индивидуална отговорност.

Същевременно консуматорската реалност предлага и богат набор от илюзорни послания, с които да сдъбчеш по-лесно реалността, каквото е **правенето на нашия свят малко по-добър** – къде-къде по-секси от продажбата на тютюневи изделия. Ако все пак не можеш да понасяш себе си, обезболяващите средства срещу проблема са насреща в лицето на разнообразни по естество и предназначение пристрастяващи заместващи механизми, към които посягаш единствено по своя воля и по свой собствен избор, независимо че към тях са те насочили грижливо възпитаваните фактори на средата.

Преди време, може би в същата година, когато на гръцкия плаж на мен ми пеят за благодарност, че правя нашия свят малко по-добър, с мой близък, също като мен човек на гумите и колега от сферата на комуникациите, се разхождаме из центъра на столицата. „Виж, Ло“, казва ми той с тъжна усмивка при вида на плакат за промоция на бира, леп-

нат на входа на квартален супермаркет, „аз направих това. С него ли трябва да се гордея?“ С гнешна гата, след окончателния си отказ от всички заместващи механизми, предлагани от корпоративната реалност и от него самия като бивш неин член, той лекува психически проблеми. Мисля си за него, за себе си, за Михаела Филева и Захари Бахаров, за бившите си колеги, за хлапетата с вейпове в кафенетата, за мъжете на средна възраст, сигнали с мастика на подлеза пред входа в девет сутринта, за приятелите си в медиите, които в момента седят и дописват някой платен PR материал, за да могат да си позволят веднъж седмично да напишат и нещо, в което вярват и намират смисъл. Да, ние всички носим индивидуална отговорност към себе си за всеки от погрешните си избори, за всеки от моментите, в които сме си позволили да бъдем зависими и да разпространяваме зависимостта сред другите като утвърден и често пъти единствено приемлив начин на относително безопасно съществуване. И все пак носим не по-малко колективна отговорност за нещата, които си казваме и причиняваме едни на други.

„Ние не маркираме продуктите си на непушачи“, твърдят с горд апломб компаниите за производство и разпространение на тютюневи изделия. Само че никой не се ражда пушач. Нито пристрастен към захарта, нито алкохолик, нито хазартно, интернет, шопинг или порно зависим. Нашата индивидуална отговорност е лимитирана, но съществува. Понякога се простира и изчерпва единствено дотам да опитаме да не предаваме нататък.

# Приватизацията на стреса

**МАРК ФИШЪР**

**ПРЕВОД ОТ АНГЛИЙСКИ ЕЗИК: ПЕТЪР БАНКОВ**

*Предлагаме ви превод на статията на Марк Фишър „Приватизацията на стреса“, появила се за пръв път през 2011 г. в списание Soundings. Веднага ще забележите, че голяма част от контекста на статията е свързан с времето и мястото, в които е написана – началото на миналото десетилетие, когато Великобритания преживява първите години на консервативно управление (макар и в коалиция с либералните демократи) след десетилетие власт на Новите лейбъристи около Тони Блеър и Гордън Браун. Голяма част от текста агресира реалностите на „западния“ свят – следвоенния социалдемократически консенсус, разширението на стандартизираните методи на масово производство (фордизъм) и прехода към по-гъвкави такива методи, фрагментирани пазари и индивидуализирани трудови отношения (постфордизъм). При все някои откровени различия с българския контекст, смятаме, че духът на текста и неговият основен аргумент биха могли да бъдат отнесени и към българския и източноевропейския контекст, където ефектите на капитализма се усещат далеч по-остро от тези в западния свят.*

*Тази статия е от брой 48 (2011 г.) на списание Soundings, като е и в антологията, посветена на Марк Фишър и редактирана от Дарън Амброуз, k-punk. The Collected and Unpublished Writings of Mark Fisher (2004-2016), издана от Repeater Books през 2018 г.*

Айвър Саутууд разказва как една сутрин, докато живеел в състояние на „непълноценна заетост“ – т.е. разчитал на краткосрочни договори, предоставени му в последния момент от агенции за заетост – направил грешката да отиде до супермаркета (Southwood, 2010). Когато се прибрал вкъщи, установил, че една агенция му е оставила съобщение, в което му предлага работа за този ден. Но когато се обадил в агенцията, му казали, че свободното място вече е заето и го упрекнали за леността му. Както коментира той, „десет минути са лукс, който работникът не може да си позволи“. От такива работници се очаква да чакат пред метафоричните врати на фабриката, готови за работа всяка сутрин без изключение (нак там, стр. 72). В такива условия:

*ежедневието става несигурно. Планирането занаят става трудно и е невъзможно да се установи стабилен дневен ред. Работата, независимо каква, може да започне или да свърши навсякъде по всяко време, а бремето да си създаде следващата възможност и да се прехвърля между различни позиции винаги лежи върху работника. Отделният индивид трябва да се намира в състояние на постоянна готовност. Предвидимият доход, спестяванията, постоянната категория „професия“ – всичко това принадлежи на един друг свят от историята (нак там, стр. 15).*

Едва ли е изненадващо, че хората, които живеят в такива условия, при които работното време и заплащането им винаги могат да бъдат увеличени или намалени, а условията на труд са изключително нестабилни, изпитват тревожност, депресия и безнадеждност. И на пръв поглед може да изглежда невероятно, че толкова много работници са били убедени да приемат тези влошаващи се условия като „естествени“ и да търсят източниците на стреса, който може да изпитват, вътре в себе си – в химията на мозъка си или в личната си история. Но в идеологическото поле, което Саутууд описва отвътре, тази приватизация на стреса\* се е превърнала в едно поредно прието за даденост измерение на един привидно деполитизиран свят. „Капиталистически реализъм“ е терминът, който използвах, за да опиша това идеологическо поле, а приватизацията на стреса изигра решаваща роля за неговото възникване (Fisher, 2009).

Капиталистическият реализъм се отнася до широко разпространеното убеждение, че капитализмът няма алтернатива – макар че „убеждение“ е може би подвеждащ термин, тъй като се има предвид, че неговата логика е въплътена в институционалните практики на работните места и медиите, освен че присъства в главите на отдел-

\* Преводът на този текст използва термина „приватизация“ като най-близък до оригиналния *privatization*. Този термин на английски език е обаче многопластов – от една страна той агрегира основния аргумент, че стресът бива приписан на индивида т.е. е индивидуален, а не структурен проблем. От друга страна, гумата загатва и за това, че е проблем, който не е нужно да се споделя публично т.е. стресът се преживява тайно, прикрито, по възможност без да бъде споделян с други хора – и трябва да остане нещо частно и лично. – Бел. прев.

ните хора. В дискусиите си за идеологията Алтюсер цитира доктрината на Паскал: „Коленичи, раздвижи устните си в молитва и ще повярваш“: психологическите убеждения следват от механичното придържане към официалните езици и поведения. Това означава, че колкото и отделни хора или групи да са презирали или иронизирали езика на конкуренцията, предприемачеството и консуматорството, който беше въведен сред институциите на Обединеното кралство от 1980-те години насам, нашето широко разпространено ритуално съобразяване с тази терминология послужи за постепенното налагане на господството на капитала и за неутрализирането на всякаква съпротива срещу него.

Можем бързо да схванем формата, която капиталистическият реализъм приема днес, като се замислим за промяната в значението на известната доктрина на Тачър, че „няма алтернатива“ („there is no alternative“). Когато Тачър първоначално изказва това прословуто твърдение, акцентът е върху предпочитанията: неолибералният капитализъм е най-добрата възможна система; алтернативите са нежелателни. Сега това твърдение има онтологична тежест – капитализмът е не просто най-добрата възможна система, той е единствената възможна система; алтернативите са мъгляви, призрачни, едва мислими. От 1989 г. насам успехът на капитализма в разправата с противниците му доведе до това, че той се доближи до постигането на крайната цел на идеологията: невидимостта. Поне в Глобалния север капитализмът се представя като единствената възможна реалност и затова рядко изобщо се явява сам по себе си. Атилио Борон твърди, че капитализмът е изместен до „дискретна позиция зад политическата сцена, станал

невидим като структурна основа на съвременното общество“, и цитира наблюдението на Бертолт Брехт, че „капитализмът е един джентълмен, който не обича да бъде наричан с името си“ (Ворон, 2006).

## Депресирацията реализъм на Новите лейбъристи

Очаквано е тачъристката (и посттачъристката) десница да разпространява идеята, че няма алтернатива на неолибералната програма. Но победата на капиталистическия реализъм беше осигурена в Обединеното кралство едва когато Лейбъристката партия капитулира пред този възглед и прие, че цената на властта е „на тясно схващани бизнес интереси занаят да бъде позволено да организират формата и посоката на цялата култура“ (Gilbert, 2010). Но може би би било по-точно да се отбележи, че вместо просто да капитулира пред капиталистическия реализъм на Тачър, именно Лейбъристката партия първа въведе капиталистическия реализъм в политическия мейнстрийм на Обединеното кралство, когато Джеймс Калахан произнесе прословутата си реч през 1976 г. на конференцията на лейбъристите в Блекпул:

*Твърде дълго, може би още от войната, отлагахме да се изправим пред един фундаментален избор и едни фундаментални промени в нашата икономика... Живеем с време, взето назаем... Уютният свят, за който ни казваха, че ще*

*продължи вечно, където пълната заетост може да бъде гарантирана с едно движение на химикала на финансовия министър – този уютен свят вече го няма...*

Малко вероятно е обаче Калахан да е предвидил до каква степен Лейбъристката партия ще се ангажира с политиката на „корпоративно укротяване“ или до каква степен уютният свят, на който четеше опелото, ще бъде заменен от всеобщата несигурност, описана от Айвър Саутууд.

Разбира се, възприемането на капиталистическия реализъм от Лейбъристката партия не може да се тълкува като проста грешка: то е следствие от разпадането на старата властова база на левицата в условията на постфордисткото реструктуриране на капитализма. Характеристиките на това реструктуриране – глобализацията, изместването на промишленото производство от компютризацията, налагането на непостоянни и краткосрочни трудови отношения\*, засилването на консуматорската култура – са вече толкова познати, че също са се оттеглили на заден план и са приемани за даденост. Именно това представлява фонът на привидно постполитическата и неоспорима „реалност“, на която разчита капиталистическият реализъм. Предупрежденията, отправени от Стюарт Хол и другите автори на *Marxism Today* в края на 1980-те години, се оказаха абсолютно верни: левицата ще се изправи пред това да стане отживелица, ако остане самодоволно привързана към постулатите на изчезващия фордистки свят и не успее да хегемонизира новия свят на

\* Casualisation – Бел. прев.

постфордизма (Hall & Jacques, 1989). Но проектът на Новите лейбъристи, който галеч не беше опит за постигане на такава нова хегемония, се основаваше именно на признанието за невъзможността на лява хегемонизация на постфордизма: всичко, на което можехме да се надяваме, беше една смекчена версия на неолибералния рег.

В Италия автономисти като Берарди и Негри също разпознаваха необходимостта да се изправим пред разрухата на света, в която се е формирала левицата, и да се адаптираме към условията на постфордизма, макар и по доста различен начин. Пишейки през 1980-те години на миналия век, в поредица от писма, които наскоро бяха публикувани на английски език, Негри характеризира болезнения преход от революционни надежди към поражение пред триумфалния неолиберализъм:

*Трябва да живеем и да понесем поражението на истината, на нашата истина. Трябва да унищожим нейното представяне, нейната приемственост, нейната памет, нейната следа. Трябва да бъдат отхвърлени всички уловки, с които се избягва признанието, че реалността се е променила, а заедно с нея и истината... Самата кръв във вените ни беше подменена. (Negri, 2010)*

В момента живеем с последиците от неуспеха на левицата да се справи с предизвикателството, посочено от Негри. И не изглежда пресилено да предположим, че много елементи на левицата са се поддали на колективна форма на клинична депресия със симптоми на оттегляне, нарушена мотивация и неспособност за действие.

Една от разликите между тъгата и депресията е, че докато тъгата възприема себе си като условно и временно състояние на нещата, депресията представя себе си като необходима и безкрайна: легените повърхности на света на депресирания се простират до всеки възможен хоризонт. В дълбините на това състояние депресираният не преживява меланхолията си като патологична или дори абнормална: убеждението на депресията, че свободата на действието е безполезна, че под привидната добродетел се крие само продажност, се възприема от страдащите като истина, до която те са достигнали, но другите са твърде заблудени, за да разберат. Очевидно е, че съществува връзка между привидния „реализъм“ на депресивния човек, с неговите крайно занижени очаквания, и капиталистическия реализъм.

Тази депресия не беше колективно преживявана, а напротив – тя се изразяваше именно в разлагане на колективността чрез нови начини на разпокъсване. Лишени от стабилните форми на заетост, които бяха научени да очакват, лишени от солидарността, осигурявана преди от профсъюзите, работниците се оказаха принудени да се конкурират помежду си на един идеологически терен, в който тази конкуренция беше превърната в естествено състояние. Някои от работниците така и не се възстановиха от травматичния шок, който им причини внезапното премахване на фордистко-социалдемократическия свят – факт, който си струва да се припомни в момент, когато коалиционното правителство между консерватори и либералдемократи преследва кандидатите за обезще-

мение за нетрудоспособност\*. Този ход е кулминацията на процеса на приватизация на стреса, започнал в Обединеното кралство през 1980-те години на миналия век.

## Стресовите на постфордизма

Ако преходът от фордизъм\*\* към постфордизъм\*\*\* е взел своите душевни жертви, то постфордизмът е създал изцяло нови видове стрес. Вместо обещаното от неолибералните идеолози премахване на бюрократичната регулация, комбинацията от нови технологии и мениджъризъм значи-

\* Тук вероятно се визира засиления контрол на британските бюра по труда върху хората, получаващи различни социални помощи. В края на управлението на Новите лейбъристи и началото на управлението на коалиционното правителство въпросните бюра налагат драконови изисквания на получаващите, включително редовни отчети лично в офисите на бюрата относно положените усилия за намиране на работа. Пропускането, а дори и закъснението за среща в бюрото по труда със социален работник често води до оряждане на дължимите обезщетения на получаващите ги. – Бел. прев.

\*\* Терминът е въведен от Антонио Грамши, базиран на дейността на Хенри Форд и организацията на труд в неговите предприятия. Въпросната организация на труда се характеризира с тясно разделение на труда и стандартизация и монотонизация на производството. Тя е господстващ метод в капиталистическите предприятия между 1920-те и 1990-те години. – Бел. прев.

\*\*\* Под този термин се разбира трансформацията на организацията на труда в посока на гъвкава производителност, индивидуализация на трудовите взаимоотношения и раздробяването на пазарите на отделни специфични сегменти. – Бел. прев.

телно увеличи административния стрес, на който са погложени работниците, които сега са длъжни да бъдат свои собствени одитори (което в никакъв случай не ги освобождава от вниманието на различни видове външни одитори). Работата, независимо от това колко е временна и несигурна, сега редовно включва извършването и на метаработа: попълване на дневници, подробно описание на цели и задачи, участие в т. нар. „продължаващо професионално развитие“. Пишейки за академичния труд, блогърът Савонарола описва как системите за постоянно и повсеместно измерване поражат постоянно състояние на безпокойство:

*Един от най-разпространените феномени в сегашната квазинеолиберална академична ситуация е инфлацията на сиви-тата: тъй като наличните работни места намаляват до кафкаевски нива на отлагане и неправдоподобност, мизерните трегери [от нем. Träger – носител – бел. ред.] на академичния капитал са длъжни не само да преизпълняват плана, но и да отбелязват... всяко свое продуктивно действие. Единствените грехове са греховете на пропуските... В този смисъл преходът от ... периодично и премерено измерване ... към постоянно и повсеместно измерване не може да не доведе до един вид стахановски нематериален труд, който, подобно на сталинския си предшественик, надхвърля всички рационални основания за инструменталност и не може да не породи постоянна прикрита тенденция на източителна тревога (тъй като няма стандарт, никакво количество работа няма да те направи сигурен в някакъв момент) (Savonarola, 2008).*

Би било наивно да си представим, че тази „постоянна прикрита тенденция на изтощителна тревога“ е случаен страничен ефект от налагането на тези механизми за самонаблюдение, които очевидно не постигат привидните си цели. Не кой да е, а Филип Блонд твърди, че

*пазарното решение поражда огромна и скъпоструваща бюрокрация от счетоводители, проверяващи, инспектори, оценители и одитори, всички загрижени за осигуряването на качеството и осъществяването на контрол, които възпрепятстват иновациите и експериментите и водят до високи разходи (Blond, 2009).*

Това признание е добре дошло, но е важно да се отхвърли идеята, че очевидните „провали“ на мениджъризма са гребни грешки на една система, която искрено се стреми към по-голяма ефективност. Мениджърските унициативи служат много добре на техните реални, макар и скрити цели, които са да отслабят още повече силата на труда и да подкопаят работническата автономия като част от проекта за възстановяване на богатството и властта на свръхпривилегированите.

Непрестанното наблюдение е тясно свързано с несигурната работа. И както твърди Тобиас ван Веен, несигурната работа поставя „парадоксално, но опустошително“ изискване към работника. От една страна, работата никога не свършва: от работника се очаква да бъде винаги на разположение, без да има право на личен живот. От друга страна, прекариатът е напълно взаимнозаменяем, дори когато е по-жертвал цялата си автономност, за да запази работата си (van Veen, 2009).

Днес тенденцията е реално всички форми на труд да стават несигурни. Както казва Франко Берарди, „капиталът вече не наема хора, а купува пакети от време, отделени от техните взаимозаменяеми и случайни носители“ (Berardi, 2009). Тези „пакети от време“ не се възприемат като свързани с човек с права или изисквания: те просто са или налични, или не.

Берарди отбелязва и последиците от цифровите телекомуникации; те пораждаат това, което той описва като дифузно чувство на паника, тъй като хората са подложени на неуправляема бомбардировка от данни:

*Ускоряването на обмена на информация ... води до патологично въздействие върху индивидуалното човешко съзнание и дори повече върху колективното съзнание. Индивидите не са в състояние съзнателно да обработват огромната и постоянно нарастваща маса информация, която постъпва в техните компютри, мобилни телефони, телевизионни екрани, електронни дневници и в главите им. Изглежда обаче, че е крайно необходимо да следите, разпознавате, оценявате, обработвате цялата тази информация, ако искате да сте ефективни, конкурентоспособни, победоносни (пак там. с. 40).*

Един от ефектите на съвременните комуникационни технологии е, че няма място извън тях, където човек да си събере силите. Киберпространството прави понятието „работно място“ архаично. Сега, когато от човек може да се очаква да отговори на имейл практически по всяко време на деня, работата не може да бъде ограни-

чена до определено място или до определени часове. Няма бягство – и то не само защото работата безгранично се увеличава. Подобни процеси са хакнали и либидото, така че „свързаността“, наложена от цифровите телекомуникации, галеч невинаги се преживява като нещо изцяло неприятно. Както твърди Шери Търкъл например, въпреки че много родители са все по-стресирани, тъй като се опитват да се справят с имейлите и съобщенията, като същевременно продължават да отделят необходимото внимание на децата си, те са и магнетично привлечени от комуникационните си технологии:

*Те не могат да си вземат отпуск, без да вземат офиса със себе си; офиса им е в мобилния им телефон. Оплакват се, че работодателите им разчитат на това да са постоянно онлайн, но после признават, че отдадеността им към комуникационните устройства надхвърля всякакви професионални очаквания (Turkle, 2011).*

Безспорно работните практики, дори когато са извършени по време на почивка или късно през нощта, не се възприемат просто като неразумни изисквания. От психоаналитична гледна точка е лесно да се разбере защо такива изисквания – изисквания, които няма как да бъдат изпълнени – могат да бъдат либидизирани, след като този вид изисквания са именно формата, която психоаналитичният нагон приема. Джоди Дийн убедително доказва, че дигиталната комуникационна принуда представлява улавяне на (фройдистки/лакановски) нагон: индивидите са впримчени в повтарящи се цикли, съзнавайки, че дейността им е безсмислена, но

въпреки това не могат да се откажат от нея (Dean, 2010). Непрестанната циркулация на дигиталната комуникация е отвъд принципа на удоволствието: ненаситното желание да се проверяват съобщения, имейла или Facebook е натрапливост, подобна на чесането на сърбеж, който се засилва, колкото повече се чеше човек. Както всички натрапчиви импулси, това поведение се захранва от неудовлетвореност. Ако няма съобщения, се чувствате разочаровани и много бързо проверявате отново. Но ако има съобщения, също се чувствате разочаровани: количеството съобщения никога не е достатъчно. Шери Търкъл е разговаряла с хора, които не могат да устоят на желанието да изпращат и получават съобщения по мобилния си телефон, дори шофирайки. С риск да използвам груб каламбур, това е идеален пример за „нагона към смъртта“\*, който се определя не от желанието да умреш, а от това, че си в плен на принуда, която е толкова силна, че прави човека безразличен към смъртта. Забележителното тук е баналното съдържание на нагона. Това не е трагедия от типа на тази във филма *Червените обувки* (1948), където балерината е убита от възвишения възторг на танца. Това са хора, които са готови да рискуват смъртта си, за да могат да отворят съобщение от 140 знака, за което много добре знаят, че вероятно ще бъде безсмислено.

\* Death drive – Бел. прев.

## Обществено обновяване или частно лечение?

Приватизацията на стреса е перфектна система за улавяне – елегантна в своята брутална ефективност. Капиталът разболява работниците, а след това мултинационалните фармацевтични компании им продават лекарства, за да ги излекуват. Социалните и политическите причини за стреса удобно биват заобикаляни, докато недоволството се индивидуализира и интернализира. Дан Хинг твърди, че акцентът върху недостига на серотонин като предполагаема „причина“ за депресията прикрива някои от социалните корени на нещастieto, като конкурентния индивидуализъм и неравенството в доходите. Въпреки че има голям брой трудове, които показват връзките между индивидуалното щастие и политическото участие и широките социални връзки (както и приблизително равните доходи), общественият отговор на личното страдание рядко се разглежда като първи вариант за агресиването на въпросното страдание (Hind, 2010). В същото време, както твърди Хинг, „има множество предприемачи, които предлагат щастие сега, само с няколко прости стъпки“. Те се предлагат на пазара от хора, „които се чувстват комфортно в рамките на представата на културата за това какво е да бъдеш щастлив и удовлетворен“ и които едновременно потвърждават и биват потвърдени от „огромната изобретателност на търговското убеждаване“.

Фармакологичният режим на психиатрията е от основно значение за приватизацията на стреса, но е важно да не пропускаме може би още по-коварната роля на привидно по-холистичните практики на психотерапията за деполи-

тизирането на душевното страдание. Радикалният терапевт Дейвид Смаил твърди, че възгледът на Маргарет Тачър, че няма такова нещо като общество, а само индивиди и техните семейства, намира „непризнат отзвук в почти всички подходи към терапията“ (Smail, 2009). Терапии като когнитивно-поведенческата терапия съчетават фокус върху ранния живот (един вид психоанализа в по-лек вариант) с доктрината за самопомощ, според която индивидите могат да станат господари на собствената си съдба. Смаил дава изключително показателното име магически волунтариизъм на възгледа, че „с експертната помощ на вашия терапевт или консултант можете да промените света, за който в последна сметка сте отговорни, така че той вече да не ви причинява страдание“ (нак там, с. 7).

Разпространението на магическия волунтариизъм е от решаващо значение за успеха на *неолиберализма*; може да се каже, че той представлява нещо като спонтанната идеология на нашето време. Така например идеи, взети от терапията за самопомощ, са станали много влиятелни в популярните телевизионни предавания (Ilouz, 2007). Шоуто на Опра Уинфри вероятно е най-известният пример, но в Обединеното кралство предавания като *Mary, Queen of Shops* и *The Fairy Jobmother* отявлено насърчават психическия предприемачески подход на магическия волунтариизъм: тези предавания ни уверяват, че оковите на нашите продуктивни потенциали се намират вътре в нас. Ако не сме успешни, то е просто защото не сме положили труд да преизмислим самите себе си.

Приватизацията на стреса е част от проект, чиято цел е почти пълното унищожаване на концепцията за

публичност – нещото, от което зависи в основата си психическото благополучие. Спешно се нуждаем от нова политика на психичното здраве, организирана около проблема за публичното пространство. В разрива си със старата сталинистка левица различните нови леви искаха деbüroкра-тизирано публично пространство и работническа автономия: получиха мениджъризъм и потребление. Настоящата политическа ситуация в Обединеното кралство – с бизнеса и неговите съюзници, които се подготвят за унищожаване на остатъците от социалната демокрация – представлява своеобразно жестоко преобръщане на автономистката мечта за работниците, освободени от гържавата, шефовете и бюрокрацията. В един зашеметяващо перверзен обрат работниците се оказват принудени да работят по-усилено, при влошаващи се условия и на практика за по-лошо заплащане, за да финансират гържавното спасяване на бизнес елита, докато представителите на този елит планират по-нататъшното унищожаване на обществените услуги, от които зависят работниците.

В същото време, когато дискредитираният неолиберализъм замисля това засилване на своя проект, в Червения консерватизъм на Филип Блонд и Синия лейбъризм на Морис Гласман\* се появява един вид десен автономизъм. Тук

\* Въпросните термини са вътрешнопартийни течения. Червеният консерватизъм (red conservatism или Red Tory) е трагично консервативна и комунистарна идея, която смята, че както обществото трябва да се води от определени морални принципи, така и обществото е водещото над индивида и личните качества и интереси. Синият лейбъризм е идейно и организационно течение, което цели разпространението и

критиката към социалдемократическата и неолибералната бюрокрация върви заедно с призива за възстановяване на традицията. Успехът на неолиберализма зависеше от впримчването желанието на работниците, които искаха да избягат от строгите правила на фордизма (макар че мизерното индивидуалистично консуматорство, в който всички ние сега сме потопени, не е алтернативата, която те търсеха). Смехотворното „Голямо общество“ на Блонг и обезпокоително изолираните „общности“ на „бялата работническа класа“ на Гласман не представляват убедителен или надежден отговор на този проблем. Капиталът е унищожил традициите, за които Блонг и Гласман се борят, и няма как да ги върне.

Но това не бива да е повод за съжаление, а напротив. Това, което трябва да съживим, не са провалените социални формации (и то провалили се по причини, от които прогресивните сили трябва да са доволни), а един политически проект, който никога не се е случвал действително: постигането на демократична публична сфера. Дори в работата на Блонг могат да се забележат белезите на хегемонистична промяна – в изненадващото му отхвърляне на основните концепции на неолиберализма и атаката му срещу мениджъризма; както и в отстъпката, че противно на Тачър се оказва, че все пак има такова нещо като общество. Тези стъпки показват до

защитата на социално консервативни идеи в Лейбъристката партия, най-вече свързани с въпросите около обществения ред, сигурността, престъпността, имиграцията и т.н. Аргументът на въпросното течение за нуждата от подкрепа на тези идеи е, че те са до голяма степен застъпени сред работническата класа във Великобритания. – Бел. прев.

каква степен след спасяването на банките неолиберализмът е загубил радикално доверието в себе си.

Неотдавнашният ръст на радикалните политически действия в Обединеното кралство, особено сред младите хора, показва, че приватизацията на стреса се разпада: вместо медикаментозна индивидуална депресия сега наблюдаваме експлозии на обществен гняв. Тук, както и в голяма степен неизползваното, но масово разпространено недоволство от мениджърската регулация на труда се крият някои от материалите, от които може да бъде изграден един нов ляв модернизъм. Само този ляв модернизъм би бил способен да изгради публична сфера, която да излекува многобройните патологии, с които ни поразява комуникативният капитализъм.



# Неолиберални неволи и психично здраве

ТАНЯ РЕЙТАН-МАРИНЧЕШКА

Криза на психичното здраве обхваща света. Проблемите с психичното здраве са глобални. Цифрите, с които ни заливат статистическите данни, са тревожни. Въпреки засиленото международно застъпничество и наличните инвестиции в системите за поддържане на психичното здраве в световен мащаб, напредъкът в намаляването и разпространението на психичните разстройства е доста ограничен. В англоезичните журналистически и академични публикации все по-настойчиво се застъпва мнението, че значителен напредък в поддържане на психичното здраве на населението не е възможен без изследване и справяне с основните причини за психологическите разстройства (Macintyre et al., 2018)

От системна гледна точка икономическите структури и икономическите политики се припознават като основна потенциална причина за повсеместното влошаване на психичното здраве. А през последните четири десетилетия доминиращите в света икономически, политически и идеологически структури са неолиберални. Неоспорим факт е неолибералната глобализация. Неолибералната глобализация е

подход към икономическата глобализация или интеграцията на световните икономики, основан на *неолиберализма*, който е идеология и политико-икономически модел, придаващ особено значение на стойността на свободната пазарна конкуренция. Неолиберализмът дава приоритет на икономическата оптимизация и непрекъснатия икономически растеж; допринася за насърчаване на индивидуализма, социалното отчуждение, екзистенциалната несигурност, както и за несигурността на работните места, нарастващите изисквания към работниците, родителския стрес, социалната изолация и широкия спектър от поведенчески отклонения, за които е добре известно, че подкопават психичното здраве.

За целите на този анализ неолиберализмът се описва като безпрецедентна социална, политическа и икономическа реформа, която налага принципите на свободния пазар да ръководят и управляват обществото. От опортюнистичното му въвеждане през 1970-те години на миналия век неолиберализмът представлява глобално доминираща политикономическа система. В своята влиятелна книга „Кратка история на неолиберализма“ професор Дейвид Харви (Harvey, 2005) определя неолиберализма като политическа и икономическа теория, която твърди, че „човешкото благополучие ще бъде постигнато чрез освобождаване на индивидуалните предприемачески стремежи и способности. За да даде свобода на тези склонности, неолибералният пазарен фундаментализъм предлага да освободи и дерегулира пазара. Той насърчава търговията за сметка на социалните защити, на икономическата автономия и на държавните разходи за социално подпомагане и обществени услуги“ (Harvey, 2015: 2).

Неолиберализмът се стреми тихомълком да преобразува човешката природа в индивидуален личен интерес. Неговият икономически проект дава приоритет на частната собственост, на защитата на частния капитал и правото на всеки индивид да участва в пазарната икономика без пречки. Неолибералите осъждат влиянието на социално ангажираните не-бизнес групи по интереси като профсъюзи и природозащитници, настоявайки, че хората ще постигнат по-голям просперитет чрез собствената си упорита работа, свободен избор и рационалност. И всеки ще се радва на по-евтини стоки и услуги без намеса на правителството или на разни социални застъпници.

Днес неолибералният капитализъм е в криза (Patnaik, 2024). Въпреки кризата обаче различни форми на неолиберален капитализъм са все още доминираща политическа и икономическа структура в много общества с високи, ниски и средни доходи, но точното им значение е илюзорно и размито буквално до днес. Малко съвременни икономисти или правителства описват себе си като неолиберали. Съществува и разминаване между неолиберализма като набор от икономически политики и прилагането му в различните общества.

Текущата глобализация прекроява света, условията, в които съществуваме, и обществата, в които живеем. И, както можем да се досетим, тя не е политически неутрална. В сегашния си вид тя е обвързана с идеологията на неолиберализма и обхваща както икономическата теория, така и нормативните идеали за нас самите и за обществото в което живеем. По този начин неолибералната глобализация разпространява както икономическите, така и нормативните елементи на неолиберализма по це-

лия свят. Глобалният неолиберализъм влияе на глобалното психично здравеопазване\* в три сфери. Първо: той променя материалните условия на живот чрез тясното си взаимодействие с неравенството, рецесиите, заетостта и жизнената среда. Второ: той променя културната и идеологическа среда, с която взаимодейства, с последици за целите, ценностите, удовлетворението и самооценката на хората, които са вътре в конкретните локални пространства. И накрая: самата глобализация на „психиатризацията“\*\* на обществата поставя нови предизвикателства

\* Глобалното психично здравеопазване е развиваща се област на изследвания и практики, която има за цел да облекчи психичното страдание чрез превенция, грижа и лечение на психични разстройства и разстройства, свързани с употребата на психотропни вещества, както и да насърчава и поддържа психичното здраве на индивидите и общностите по света (Patel & Prince, 2010). То дава приоритет на справедливостта и се информира от много дисциплини, включително невронауките, геномиката, социалните науки (особено психологията, медицинската антропология и социология, епидемиологията, изследванията в областта на здравните услуги и науката за внедряването). Застъпничеството играе централна роля в разпространението и превръщането на експерименталните свидетелства в действащи политики и планове, които общностите, здравните системи и създателите на политики да прилагат (Collins, 2020).

\*\* В този контекст психиатризацията се разбира като (1) процес на налагане на определени интерпретативни ограничения върху състояния на различие и дистрес и (2) концептуализация на лечението и възстановяването чрез телеологичното понятие за нормалност. Чрез тълкуване на различията единствено в психиатрични термини, психиатризирането функционира като инструмент за дисциплинарен контрол както във вътрешен, така и в международен контекст чрез повторно териториализи-

и въпроси за това как можем да се справим с психичните заболявания в разнородните глобални контексти, като насърчаваме психичното здраве за всички и едновременно избягваме грешките от миналото.

Съществува ясна връзка между социалното и икономическото неравенство, налагано от неолибералния режим през последните 40 години, и влошаващото се психично здраве на хората по света. Налице е социално-икономическа корелация между влошаването на психичното здраве и по-високите нива на неравенство в доходите, които са свързани с по-високото разпространение на психични заболявания. Въпреки това, в края на 20. и началото на 21. век, психиатричните и психологическите перспективи и представи доминират в изследванията и политиките за опазване и поддържане на психичното здраве, затъмнявайки основните социално-икономически фактори. Въз основа на съвременни изследвания върху социално-икономическите детерминанти на психичното здраве, изтъкнати специалисти от Европа и САЩ и по-специално от страни-

зиране на усилията за съпротива срещу хегемонни норми и политически институции на потисничество, основано на пол, раса, колониализъм и империализъм. Разбираме психиатризацията като политически процес в смисъл, че той прокарва определена „онтологична политика“, която извежда на преден план психиатричните интерпретации на различията и несъгласието с изключване на други възможни значения (Logan & Karter, 2022). В друго изследване ще се опитаме да опишем ролята, обхвата, сложността и методите на психиатризацията в неолибералното потушаване на политическите и социални движения, които се опитват да се противопоставят на неолибералните норми и институции.

те в Англосферата (Macintyre *et al.*, 2018) настояват, че е необходимо по-рязко пренасочване на фокуса върху социално-икономическите фактори в изследванията и политиките за справяне с неравенствата в опазването и укрепването на психичното здраве. Понастоящем опитите за придвижване в тази добре забравена стара и препотвърдена посока включват: оценка на въздействието на икономическите политики върху психичното здраве, партньорства в интердисциплинарната международна изследователска общност, повишена изследователска осведоменост и застъпничество във връзка със социално-икономическите фактори (Macintyre *et al.*, 2018). Това изисква по-добро разбиране на бариерите пред подобни действия. Споменатите автори твърдят, че застъпването на подходи „против [неолибералното] течение“ по отношение на психичното здраве на населението изисква интердисциплинарна изследователска визия, подкрепяща по-доброто разбиране на ролята на социално-икономическите фактори. Те са наясно, че напредъкът в придвижването „против [неолибералното] течение“ изисква и колективни междусекторни действия за промени в социалните и икономическите политики, както и застъпничество и подкрепа на иновативни социално-икономически структури, които излизат отвъд изключителния фокус върху икономическия растеж, за да обхванат колективното обществено благополучие. В този дух, имайки предвид българската аудитория, бихме искали да набележим в недалечен исторически план процеса на неолиберализиране на страните от Англосферата, чиито политически лидери стартираха неолибералната глобализация през 1970-те години на 20. век.

Нека се запитаме: защо богатите англоезични страни имат толкова лоша статистика за психичното здраве на населението си през последните десетилетия?

„Очевидно е абсурдно да си представим, че една четвърт от населението, което е диагностицирано с психични заболявания, или една пета, която взема антидепресанти, имат все още неидентифицирано мозъчно заболяване. Всъщност, тази ситуация отразява променящата се структура на съвременния капитализъм” (Moncrieff, 2022a, с. 9). Това споделя проф. Джоана Монкрийф, клиничен психиатър и професор в Лондонския университетски колеж.

И наистина, само за няколко десетилетия неолибералното влияние се превърна в траен отпечатък: сега гържавите приемат неолибералната политическа икономия. Това ограничи възможностите на лявата и центристка политика и демокрацията се превърна в гласуване за това как най-добре да се обслужват хората при капитализма.

Като допълнителен идеологически хор, през 1970-те и 1980-те години, Световната банка и Международният валутен фонд насърчаваха и утвърждаваха неолибералната икономика. Други институции, като Световната здравна организация (СЗО), прогължават да се стремят да нормализират неолибералната икономическа практика.

В резултат на това, през 1990-те години, неолиберализмът вече не трябваше да бъде преподаван, лобиран или възхваляван. Професор Джейми Пек измисли термина „зомби неолиберализъм“ (Рекс, 2010), за да обясни как хората несъзнателно разпространяват идеологията на неолиберализма чрез своите решения. Те прилагат неолиберална гледна точка към решаването на проблемите си,

защото се приема, че неолиберализмът е по погръбване, естественият начин за подобряване на нещата. Съвременните политически предизвикателства, като регулиране на замърсяването на околната среда, често се оформят в рамките на неолибералните разбирания (Czarnecki, Fiedler, 2016). Тази натурализация прави по-трудно разбирането на системния анализ, като анализ на ефекта на капитализма върху психичното здраве. Та не е ли капитализмът просто „нормален живот“?

Неолибералният капитализъм е широко разпространен, но неговите отрицателни въздействия върху психичното здраве са по-силни в страните от Англосферата (MIA Editors, 2022). За да се разбере това разграничение, яростно неолибералният капитализъм на Англосферата е полезно да се сравни с по-приглушения и координиран неолиберален капитализъм (Hall & Soskice, 2001), който се прилага в страни като Дания и Норвегия и може би все още в Германия.

Клиничният психолог Оливър Джеймс изследва защо страните от Англосферата имат нива на психични страдания, два пъти по-високи от нивата на техните капиталистически братовчеди в Европа. Той кръщава книгата си на англезичния капиталист: „Егоистичният капиталист: Произходът на изобилието“ (James, 2008). Егоистичните капиталисти защитават индивидуалния личен интерес пред колективното благополучие и просперитет и Джеймс предполага, че по-масираните реформи в страните от Англосферата засилват социално-икономическите неблагоприятия за много хора.

Книгата на Джеймс бе публикувана през 2008 г. Много по-скорошни анализи продължават да разкриват, че бога-

тите англоговорящи страни имат най-високите нива на отчетен психичен стрес в световен мащаб, включително нива на тревожност, депресия и злоупотреба с различни вещества (Sapien Labs, 2023).

## **Неолибералните 1970 години: триумф на опортюнизма**

Страните от Англосферата не винаги са били толкова „еготистични“ – нека си спомним следвоенния период на „социалните държави“ (Welfare states). След Втората световна война повечето западни правителства вярват, че ролята на държавата е да балансира интереса си към икономически растеж и конкуренция с отговорността си за благосъстоянието на гражданите. Държавите се стремят да намалят по-вредните ефекти на пазара и да осигурят добре платена работа, достъп до здравеопазване, безплатно образование, заетост и социални пенсии, така че техните граждани да могат да поддържат проспериращ и здравословен живот. Следвоенният капитализъм насърчава значително повишаването на стандарта на живот за разширяващата се, предимно бяла, средна класа в англоговорящите страни.

Неолибералната теория (Bell, 2011) е очертана през 1938 г. от група европейски теоретици, включително Фридрих фон Хайек и Лудвиг фон Мизес (Bell, 2011). И двамата са изгнаници от Австрия, и разглеждат социалдемократията, онагледена от Новия курс на Франклин Рузвелт и постепенно развиващата се социална държава във Великобритания,

като проява на колективизъм, който според тях обитава същия спектър като нацизма и комунизма. Техните идеи имат маргинално влияние по време на Втората световна война, докато не се създава „Обществото Мон Пелерен“ през 1947 г. (Ebelding, 2022). Обществото Мон Пелерен привлича международни членове, включително Милтън Фридман, новоизпеченият американски икономист, който ще стане централен идеолог в ролята си на съветник на президента на САЩ Роналд Рейгън (Henderson D.R., 2024).

Недостигът на петрол забавя икономическия растеж през 1970-те. Инфлацията и безработицата скачат едновременно. Правителствените разходи нарастват точно когато данъчните приходи спадат. Социалните вълнения стават остри с масови стачки срещу неустойчивите условия на труд и заплащане, особено в Обединеното кралство.

Правителствата на най-проспериращите капиталистически страни спешно търсят радикални икономически средства за справяне с кризата. Неолибералните мозъчни тръстове и факултетите по икономика на университетите – особено Чикагският университет, където Милтън Фридман в крайна сметка се установява – настояват, че спадът ще бъде обърнат чрез премахване на държавния контрол над пазара (Реск, 2010). До средата на 1970-те години неолибералните икономически политики придобиват сила и влияние. В духа на новия респект към неолиберализма, Милтън Фридман печели Нобелова награда по икономика през 1976 г., две години след като Фридрих фон Хайек печели същата награда.

В края на 1970-те и началото на 1980-те години премиерът на Великобритания Маргарет Тачър и президентът

на САЩ Роналд Рейгън експериментират с неолиберализиране на пазарите и публичните институции в своите страни (Steger & Ravi, 2010). Въпреки привидно различните политически пристрастия, Лейбъристките партии на Австралия и Нова Зеландия бързо последват примера им (Bray & Walsh, 1998). Фокусът на този анализ е върху опита на страните от Англосферата, водени до голяма степен от международните институции, но неолибералните реформи причиняват огромни смущения и трудности не само там, а където и да са приложени – както става и в бившите социалистически страни след 1989 г.

Струва си да се спрем, за да помислим върху дълбоките обществени промени, които тези реформи задвижват. Социалните ефекти от намаляването на субсидиите, отварянето на вътрешните пазари за международна конкуренция и бързото прехвърляне на работни места и производствени предприятия в чужбина са катаклизмични за много общности. Загубата на работни места в някои райони на западните страни напомня зашеметяващите нива на безработица по време на Голямата депресия.

Счупените прозорци на изоставените фабрики се отразяват в счупените прозорци на изоставените домове. Масовите загуби на работа от сините якички имат дълбоки последици надолу по веригата върху общностите, тъй като липсата на работа причинява хронични социални сътресения и намалява жизнения стандарт на работниците, техните семейства и местните общности. Следва упадъкът на градовете и общностите (Russo & Linkon, 2009; Comsilience Project, 2021), както и домашното насилие, престъпността, пристрастяването към алкохол и наркотици, престъпността сред подраства-

щите, загубата на доверие в социалните институции и намалените инвестиции в инфраструктурата на общността.

Неолибералните политици определят това като вид „творческо разрушаване“ (Harvey, 2007) като необходим и неизбежен процес. За да отклонят критиките за социалното опустошение, причинено от действията им, Тачър и нейните политически двойници от гържавите на Англосферата приписват моралната вина за безработицата на нагласите на самите работници и досадното влияние на профсъюзите, които са против икономическия растеж (Tomlinson, 2021). За преместването на производството си в нерегулирани трети страни, където хората са „готови“ да работят за по-малко, корпорациите обвиняват високите изисквания за издръжка на своите служители.

## **Неолибералната гържава и нейният нов обществен договор**

Англоезичните граждани се събуждат с нов социален договор и с правителства, чиито приоритети са пазарите, капиталът и правото на собственост. Във всяка страна политическото влияние се измества към субектите с финансови интереси на пазара: собствениците на частни имоти, предприятия и мултинационалните корпорации.

Корпоративните интереси успяват да повлияят на насоките в социалната политика, дори когато богатството изолира бизнес лидерите от въздействието на тези политики (Nathaway, 2020). Социалният просперитет, твърдят бизнес лидерите, ще последва „разрешителната“ бизнес

среда. Те вярват, че ползите от собствения им успех ще „се просмучат наголу“ в полза на всички (Stiglitz, 2015).

Ръководени от неолибералите, правителствата изразходват собствения си капацитет и автономия, за да укрепят прага на основните права на своите граждани. Обществото става по-враждебно място за всеки, който не е финансово подсигурен. При това се очаква благотворителните организации и местните общностни инициативи да се справят с последствията (Parsell *et al.*, 2021).

В по-голяма степен в англоезичните, отколкото в други страни, социалните сфери също са „маркетинизирани“, въпреки че преди това са смятани за намиращи се извън обхвата или значението на пазара. Публичното образование, социалното осигуряване и здравеопазването са реформирани, докато основните гържавни активи и комунални услуги са приватизирани. Останалите публични институции се очаква да работят като бизнеси, прилагайки организационния подход на неолиберализма към едно „ново публично управление“ (Lorenz, 2012). Работната култура, насочена към целите, йерархичните организационни модели, грубата отчетност, интензивното събиране на данни и засиленото следене характеризират новата конкурентна пазарна култура на публичния сектор.

Трезв практичен анализ на разходите и ползите се включва повсеместно в новия надзор на общественото здравеопазване и образование. Налице са двустепенни системи: хората с пари плащат и получават повече и по-добри грижи, докато тези, които не могат да плащат, получават това, което се предлага. Безусловното право на достъп се превръща в условно право на закупуване на услуги. Дори ези-

кът се променя. Гражданите се превръщат в потребители, студентите – в потребители на образователни услуги, а бедстващите семейства – в клиенти.

*Следователно неолиберализмът е много повече от пазарна теория. Това е пазарно предефиниране на обществото, базирано на обслужваща пазара концепция за човешката природа и човешките права.*

## **Неолиберализмът увеличава неравенството, психичните заболявания не закъсняват.**

Как капиталистическите общества разболяват хората психически? За да отговорим на този въпрос, ще се позовем на изследванията на две специалистки по психично здраве от Великобритания и САЩ, които свързват нарастващите нива на страдание с неолибералната среда от двете страни на Атлантическия океан. Д-р Джоана Монкрийф е клиничен психиатър и професор в Университетския колеж в Лондон, а д-р Анна Зейра е главен ординатор по психиатрия в Университета на Мериленд. Всяка от тях поставя социалните, икономическите и политическите детерминанти в причинно-следствения център на настоящата криза на психичното здраве (Campbell, 2021). Техните гледни точки дават глас на лекарите на първа линия и здравните специалисти в англоезичните страни, които често лекуват, но се чувстват неподготвени да помогнат на хора, травмирани от социалните и икономически последици на съвременния живот (Aziz, 2018).

„Фактът, че има толкова голяма променливост в нивата на депресия и тревожност в различните периоди от време и в различните култури, ме кара да мисля, че трябва да има няколко фактора на заобикалящата среда – [фактори], които не се изследват“, казва Зейра.

В статията от 2022 г. Зейра стига до заключението, че в Съединените щати политиките, присъщи на неолибералния капитализъм, са довели до влошаващите се нива на „психичните заболявания, продължителността на живота, детската смъртност, затлъстяването, образователните постижения на децата, ражгаемостта сред тийнейджърите, убийствата, нивата на лишаване от свобода и социалната мобилност“ (Zeira, 2022). Тя посочва неолибералното бедствие, свързано с нарастващото неравенство в доходите, като специфичната сила, движеща тази отрицателна траектория.

Световната здравна организация (СЗО) подкрепя заключението на Зейра относно системните причини, като установява, че много често срещаните психични разстройства – особено депресията и тревожността – са „до голяма степен формираны от социалната, икономическата и физическата среда, в която хората живеят“ (WHO, 2014). СЗО също предполага, че неравенството в доходите е решаващ, причинно-следствен компонент за разпространението на психичните страдания в Съединените щати и другите общества на неравенство. Дори Международният валутен фонд вече признава неблагоприятните социални последици от неравенството в доходите (Parente, 2024).

За да се очертаят въздействията на капитализма върху психичното здраве, е важно да се изтъкне, че неравен-

ството в доходите е естествен и интегрален резултат от капитализма. Неолибералният капитализъм направи този процес по-ясно изразен. През изминалите десетилетия неолиберализмът контролира и всячески благоприятства граматичното преразпределяне на богатството, лишавайки от средства и предизвиквайки хронична социално-икономическа несигурност за повечето хора, като същевременно обогатява още повече заможните прослойки на капиталистическите общества. Данните, разкриващи това преразпределение, са ясни и неоспорими. Достатъчно е да се споме не само един пример: в периода от края на 1970-те години до 2020 г., повече от 50 трилиона щатски долара са прехвърлени от по-бедните 90% от американските домакинства към най-богатия 1% от населението (Napauer, 2020).

Докладът на СЗО нарича икономическото неравенство явен рисков фактор за здравето: „Бедните и хората в неравностойно положение страдат непропорционално повече от общи психични разстройства и техните неблагоприятни последици“ (WHO, 2014).

За да обоснове своя анализ, Зейра се обръща към известно проучване за *British Journal of Psychiatry*, извършено от професорите Ричард Уилкинсън и Кейт Пикет (Pickett & Wilkinson, 2010; Wilkinson & Pickett, 2017). Тяхното проучване съобщава за международно потвърдена логична връзка между неравенството в доходите и проблемите с психичното здраве: колкото по-голямо е неравенството в доходите в рамките на едно общество, толкова по-голямо е разпространението на психичните заболявания и зависимостта от и злоупотребата с наркотици. Стръскащото нарастване на неравенството в развитите капиталистически страни –

особено в Съединените щати – от 1980-те години насам провокира някои от най-силните асоциации на изследването за психичните заболявания.

Пикет и Уилкинсън се захващат да покажат, че неравенството в доходите не засяга само онези, които са на върха на социалната йерархия във всяка страна. То оказва влияние върху психичното здраве на всички членове на обществото, тъй като неравенството води и до отслабени социални взаимоотношения и корелира с по-малко доверие, повече агресия и престъпност и по-малко ангажираност с обществените проблеми (Wilkinson & Pickett, 2017). Всички тези фактори увеличават психичните разстройства и покриват в обществото.

Анна Зейра включва изследванията на Пикет и Уилкинсън в своя анализ (Wilkinson & Pickett, 2017). Тя твърди, че уязвимите хора са пострадали от два едновременни удара: „Дерегулацията на пазара и на работното място доведоха до несигурност на работните места и доходите, докато реформата на социалните грижи направи достъпна до подкрепа много по-труден“. „Тези двойни затруднения породиха сегашното бедствие“ (Zeira, 2022).

В глава 12 от „Освобождаваща психиатрия: философия, политика и психично здраве“ (Moncrieff, 2008a). Монкрийф пише от подобна гледна точка: „Неолибералните политики [...] водят до поляризация на богатството, властта, възможностите и житейския опит. Те обогатиха вече богатите, овластени мултинационални корпорации и лишиха от средства значителна част от населението“.

Докладът от 2010 г. на Кралския колеж по психиатрия в Обединеното кралство потвърждава този извод. „По-висо-

кото неравенство в доходите е свързано с по-високи нива на психични заболявания, намалени нива на доверие и социално взаимодействие и повишена враждебност, насилие и расизъм, както и по-ниски резултати за благосъстоянието.“ (Royal College of Psychiatrists, 2010).

Изследванията и книгите на проф. Джоанна Монкрийф, включително „Митът за химическото лечение: Критика на психиатричното лечение с упойващи средства“ (Moncrieff, 2008), доказват как социално-икономическите проблеми изострят психичното страдание. Тези страдания все повече се медукализират като психични разстройства, което води до неправилно предписани и неефективни лечения на влошеното психично здраве.

## **Неолибералното работно място и неговите последици за здравето**

Както Зейра отбелязва, много работещи усещат неолиберализма лично „на гърба си“, като прекарват дните си на deregulirani работни места. Следователно, работните места и пазарите на труда са места за разбиране на вредните въздействия на неолибералните реформи.

Доста изследвания установяват, че много съвременни работни среди и перспективи за заетост са станали буквално токсични за психичното благополучие: „Рисковани, нестабилни, несигурни форми на живот“ (Gill & Pratt, 2008) са и циклите на бум и спад на глобалния капитализъм. Бързите и непредсказуеми икономически сринове, свързани със загубата на работни места и финансова нестабилност, предиз-

викват нива на тежка депресия, тревожност, агресивно поведение и риск от самоубийство (Catalano *et al.*, 2011).

Доклад на ООН (UN Human Development Report 2021-2022) за психичните заболявания подкрепя тези констатации: „Една от най-сериозните икономически заплахи за психическото благополучие произтича от повтарящи се финансови шокове, като например загуба на доходи. Икономическата несигурност, или самото усещане за такава несигурност, дори и преходно – е основен фактор за психичните изтощениа“.

Зейра и Монкрийф смятат, че работните места са станали нездравословни в комбинация с по-широка социално-икономическа нестабилност и неолиберални реформи, които ограничават правата на работниците. Друго изследване (Blanton & Peksen, 2016) открива „силна, последователна и отрицателна връзка“ между неолиберализма и влошаващите се права и защита на работниците: сега работниците имат много по-малко права, по-малко сигурни позиции и ограничено карьерно развитие. Те работят и с по-голям риск от експлоатация. На много неолиберални служители се налага да жонглират с нарастващи натоварвания, малка автономия, конкуренция с други служители, по-дълго работно време и интензивен надзор, следене и педантично додушаване управление. Подобна заобикаляща обстановка води до епидемични нива на умора, изтощение (Rameer, 2024), и дезангажираност (Harter, 2022).

Вместо да създават усещане за свобода и благополучие, неолибералните реформи на работното място оставят у повечето хора чувството, че имат по-малко контрол над живота си и по-голям страх от външни влияния, които определят живота им. Все по-голям сегмент от население

нието живее в състояние на стрес и натиск, на нервност, свързана с икономическата несигурност, и загриженост близка до отчаяние, че не може да се направи много, за да се промени ситуацията.

Психиатрите доказват, че работата в тези стресирани условия предсказва бъдещи диагнози на психични разстройства (Stansfeld *et al.*, 1999). Мета-анализ на 228 проучвания в САЩ свързва съвременните стресови фактори на работното място и несигурността на работните места в Съединените щати с повече от 120 000 смъртни случая годишно (Goh *et al.*, 2016).

Необузданият капитализъм също така въведе икономиката на гражданските договори – крайната форма на неолибералните трудови отношения (Zwick, 2018). Към 2021 г. близо една пета от работещото население в Съединените щати (Anderson *et al.*, 2021) е било на граждански договори. „Прекариатните“ (Standing, 2018) условия на труд представляват психосоциални рискови фактори за стрес, апатия, тревожност и депресия. Канадско проучване установи, че работещите на граждански договори изпитват по-висок психологически стрес от икономическата несигурност, отколкото работещите на постоянен трудов договор или традиционните самостоятелно заети и самоосигуряващи се работници.

В рамките на днешния пазар на труда с високи нива на стрес, пише Монкрийф, все по-голям брой съвременни работници са изправени пред несигурност и интензивни очаквания за изява, без социална защита или обезщетения. „Изнесенният извън офиса дистанционен труд и все по-често срещаната работа на граждански договори не

осигуряват на работниците стабилността, социалното сближаване и смисъла, които някога са били осигурени от директната заетост в компаниите и работните места в производството“ (Moncrieff, 2009).

И в Обединеното кралство, и в САЩ Монкрийф и Зейра наблюдават, че икономически обусловените бедстващи групи се намират в долния край на социално-икономическата йерархия. По-бедните домакинства са изложени на по-голям риск от психични заболявания (Allen *et al.*, 2014). За тях е много вероятно да живеят в бедствената комбинация от материално неблагоприятно положение, жилищна нестабилност, ниски доходи, влошаване на образователните резултати, задлъжняване, по-високи рискове от насилие, безработица, непълна заетост и социално изключване. Икономически предизвиканият семеен стрес има сериозни дългосрочни последици за всички членове на семейството, особено за децата (Nerpl, 2016).

По силата на своя професионален опит Монкрийф вижда как стресът от постоянната икономическа несигурност рутинно се разглежда като медицински проблем и като психично заболяване. В едно свое интервю тя казва: „Работила съм в служби, които в Обединеното кралство приемат пациенти с направления от общопрактикуващи лекари по правилата на Националната здравна служба, към които населението масово се насочва. В преобладаващата си част, тези хора са от по-ниските социални съсловия, които са изправени пред множество социални проблеми, които биха направили всеки депресиран или повечето хора депресирани. Ние без съмнение медукализираме социалните проблеми.“ (McBain, 2023; Moncrieff *et al.*, 2024).

Да се каже, че това икономически преизвикано бедствие тежи най-много на бедните обаче не означава да се каже, че то засяга само малцина. Бедността и свързаните с нея социални и психологически проблеми стават все по-разпространени във всички капиталистически страни. Традиционните обслужващи професии като учители, медицински сестри, полицаи и пожарникари рядко получават достатъчно, за да покрият разходите за живот в градовете. От 1980-те години насам разходите за живот в капиталистическите страни непрекъснато се увеличават, докато заплатите се стабилизируют, което означава, че средният работещ от мъжки или женски пол вече получава много по-малко заплащане в реално (коригирано спрямо инфлацията) изражение, отколкото през 1970-те години. Женският труд е в много по-неузгодно положение навсякъде.

Като един от отговорите на стагнацията на заплатите на работниците, неолибералните правителства дерегулират кредита и нормализират кредита/ дълга, за да запазят впечатлението за растеж (Vlasch, 2017), въпреки че неблагоприятните последици за психичното здраве от подобен проблемен дълг са добре установени. Въвеждането на политиката „оставете ги да си хапват на кредит“ (Goldstein, 2010) тласка много хора към дългосрочно задлъжняване (Brignall, 2019). Що се отнася до неолибералните промени в националните социални договори, важно е да си дадем сметка, че тенденциите на работното място, описани по-горе, са внезапно прекъсване на дългосрочните очаквания на обществата от редица капиталистически страни. Поколения хора са работили усърдно, за да напреднат. Анна Зейра обаче подчертава, че неолибералните реформи в САЩ не довеждат до очакваната от работ-

ниците социално-класова мобилност, за която толкова много са се трудили (Money and Mental Health Policy Institute, 2024). За разлика от поколенията на техните родители или баби и дядовци, усърдната работа, образованието и заетостта вече не осигуряват социална мобилност за милениълите или поколенията „Y“, т.е. хората родени между 1981 г. и 1996 г. . Непостижимо високите цени на жилищата допълнително утвърждават възпроизвеждащото се неравенство чрез трансфера на богатство, или бедност между поколенията (Lux & Sunega, 2023). Отваря се празнина в очакванията, тъй като хората от редица страни „значително надценяват“ способността си да повишат финансовото си състояние чрез упорит труд и вродени способности (Kraus & Tan, 2015).

Това е нова и много опасна ситуация. Когато очакванията не се оправдават и водят до самообвинения и безпокойство, хората се обръщат с оплакванията си към здравната система, която игнорира системните причини за техните оплаквания и ги насочва към продуктите на фармацевтичните компании.

По този повод Монкрийф пише: „Именно при истинските губещи от неолиберализма медукализиранието на недоволството е най-значимо и най-разпространено. Нарастващото неравенство, намаляващата социална мобилност и публичното парадирание с богатство, представено от обсебеността на медиите от знаменитостите, означава, че очакванията се повишават в същото време, когато шансът за постигане на относителен социален напредък намалява. Това води до разширяваща се пропаст между очакванията и реалността“ (Moncrieff, 2009).

## Кой заслужава социална загриженост?

Споменатото изследване ясно показва, че безскрупулният капитализъм в Англосферата (Moncrieff J., 2022; Moncrieff J., 2008a; Zeira, 2022) без съмнение разширява неравенството и структурира несигурността във все повече човешки животи – Монкрийф и Зейра смятат, че тази несигурност дълбоко влошава психичните разстройства. Освен това, изразителите на неолибералната идеология непрекъснато намират поводи да артикулират своите презрително-унизителни ценностни преценки за хората, които са най-засегнати от причинените от неолиберализма трудности.

Неолиберализмът стеснява достъпа до социална подкрепа и прави дългосрочни финансови съкращения в сферата на образованието, здравеопазването и други социални услуги. Във всяка от тези „развити“ капиталистически страни промяната се рационализира отчасти чрез внушението, че някои групи в обществото са безпомощни и безотговорни. Егоистичните капиталистически идеологии обрисуват „незаслужаващите бедни“ като зависими безделници, нежелаещи да работят и доволни да експлоатират всички останали. Зейра ни напомня, че „Тази група за еднократна употреба исторически са били бедните и сегрегирани цветнокожи хора, оставени най-уязвими от деиндустриализацията и [намаляването] на социалните услуги, което води до хроничен стрес“.

Във всяка от двете сравнявани страни чрез лозунгови крилати фрази управляващите се опитват да направят времата по-приемлива за обществото. Британският премиер Маргарет Тачър се насочва към „досадният натрапник“,

зависим от социални помощи. Американските президенти Роналд Рейгън и Бил Клинтън говорят за „красивици на социални помощи“ (Levin, 2019) – расистки троп за чернокожа самотна майка. Австралия и Нова Зеландия също въвеждат неолиберални реформи, за да направят живота по-труден за „безработните иждивенци“ (Archer, 2009). Правителствата, особено в англоговорящите страни, все-повече окуражават своите общества да обвиняват и осъждат всеки, който се нуждае от помощ: „те“ събират нещата за „всички нас“.

Неолибералните правителства приемат, че социалната помощ е инфантилизираща (Sennett, 2002). Бедните хора, според тях, се нуждаят от дисциплинираща любов и превъзпитание, за да станат лично отговорни, по-малко антисоциални, по-малко културно различни, съобразяващи се с пазара, действащи лица. Веднъж реформирани, те ще бъдат мотивирани да работят всякаква работа, независимо от заплащането, условията или местоположението. Зейра разказва, че в страните от Англосферата подкрепата при безработица е била направена по-трудна и по-условна. (Zeira, 2022)

„Увеличеният брой получатели на социални помощи [...] само увеличи крайната бедност. За безработните тези промени значително увеличиха тежкия психологически стрес. А това е пряко свързано със самоубийствата“ (Zeira, 2022; Hansen et al, 2014).

Безработицата също беше неволно патологизирана от оттеглянето на социалните помощи. Много безработни се опитват да се „прекласифицират“ като психично болни, за да продължат да получават помощи. За първите четири години от реформата за безработица в САЩ по време на управлението на Клинтън, Зейра цитира изследване, според

което броят на хората – особено млади хора – които са получавали социалноосигурителни доходи за психиатрични заболявания, се удвоява (Zeira, 2022).

В Обединеното кралство Монкрийф обобщава, че „единственият начин да бъдеш извинен, че не работиш в съвременното общество, е да си болен или стар. В противен случай ще бъдеш принуден да работиш. Така че ние даваме на хората стимул да се правиш на болен – особено на хората, чиято алтернатива са зле платените договори за нула часове, които всъщност ще направят справянето с делника наистина труден“ (Moncrieff & Pomerleau, 2000).

В своето изследване Монкрийф предполага, че „прехвърлянето на стресираните хора от безработица към обезщетения, свързани с болест, е било политически изгодно, като е позволило на правителствата да деполитизират и прикрият реалните нива на безработицата и социалните проблеми. Тогава ниската безработица може да се цитира като доказателство за национален икономически успех“ (Moncrieff, 2008a).

Монкрийф и Зейра също така отбелязват, че неолибералните гържави едновременно са засилили своите дисциплинарни режими, за да управляват борецото се население. Под прикритието на закона и реда финансово несигурните и социално маргинализирани хора все повече се пренасочват и обработват чрез наказателно правната система. За Монкрийф увеличаващият се авторитаризъм отразява „опитите за контролиране на последиците от икономическите политики чрез контролиране и изключване на малцинството от западното население, което е жертва на разрушаването на социалната гържава и икономиката с ниски заплати“.

Тяхната гледна точка е подкрепена от професора от Калифорнийския университет в Бъркли Лоук Вакан. В „Наказване на бедните: Неолибералното правителство на социалната несигурност“ Вакан твърди, че нарастването на нивата на лишаване от свобода е структурна характеристика на неолибералните капиталистически общества (Wasquant, 2009).

В съответствие с тези твърдения Англосферата има по-високи нива на лишаване от свобода на глава от населението от европейския регион. От 1980-те години броят на лишените от свобода е нараснал с 500 процента в Съединените щати. Процентът на лишаване от свобода в Нова Зеландия е вторият най-висок сред страните с високи доходи.

## **Усложняване на колониалните и расовите въздействия**

В общностите и в съдебните зали Зейра вижда комбинираното пагубно въздействие на неолибералните политики върху малцинствените общности: „Малцинственото население е непропорционално обект на полицейско насилие и лишаване от свобода. За тях е три пъти по-вероятно да бъдат лишени от свобода, отколкото белите за същото престъпление в САЩ. Също така са намалени инвестициите в техните общности, което води до голяма инфраструктурна нещода, дължаща се на неолибералната идеология и расизма.“ Зейра илюстрира високите нива на социално-икономически и емоционален стрес, причинен на затворниците, техните семейства и техните общности. Тя предполага, че това е вероятен причинно-следствен фактор за тре-

вожното увеличение на смъртните случаи от самоубийство сред младите чернокожи мъже.

Неолибералните реформи съвпаднаха и с рязкото нарастване на проблемите с психичното здраве и риска от самоубийство сред коренното население в Нова Зеландия, Австралия и Съединените щати. Неолибералната идеология приписва различията в здравето и благосъстоянието на коренното население на техните „нагласи към самоограничаване“. (New Zealand Doctor/Rata Autero, 2018)

Зейра възразява срещу този примитивен и пагубен анализ. Пазарните трансакции може да не са свързани с расовите предразсъдъци, но техните социални предпоставки са: „Неолибералното предположение, че пазарът може да осигури работа на всеки, който желае да работи, не взема предвид историята на икономически неблагоприятните условия, на които малцинственото население е било подложено, поради десетилетия на дискриминация и системна несправедливост (Zeira, 2022).“

Наборът от неолиберални неволи и предизвикателства се групира в долния край на социално-икономическата йерархия, където цветнокожите и малцинствата са свръхпредставени поради исторически и расистки причини.

Въпреки че е от съществено значение да се признаят и да се отговори на расовите мотиви и последици от политическия избор, неолибералните трудности се усещат и от потърпевши членове на мнозинството от населението на всяка от споменатите страни. Зейра се позовава на американския анализ „Смъртта от отчаяние и бъдещето на капитализма“ от икономистите в Принстън Ангъс Стюарт Дийтън и Ан Кейс. Те установяват, че след

загубата на фабричната си работа в средата на 1980-те, самоубийствата, смъртните случаи от прегозиране с опиати и алкохолната цироза са се увеличили непропорционално сред белите мъже от работническата класа, които не са завършили колеж. Техните ускоряващи се нива на смъртност обясняват предпандемичния спад в общата продължителност на живота на всички американци. (Case & Deaton, 2020)

## Денатурализиране на капитализма

В началото на това есе попитахме как страните от Англосферата достигнаха настоящото си парадоксално съотношение на богатство и здраве. Критично настроените изследователи смятат, че това е факт, защото пазарните сделки са взели връх над здравето, образованието, жилищата и други основни човешки права. Една от целите на това историческо изложение бе да се демитологизира и денатурализира неолибералният набор от приоритети. Неолиберализмът несъмнено бе политически избор. Не е нито неизбежен, нито естествен.

Този необуздан капитализъм бе конструиран чрез поредица от политически избори в момент на широко разпространен социален стрес. Днес, повече от 40 години по-късно, изследванията показват, че тези избори повсеместно изостриха трудностите, страданието и лошото здраве. Те влошиха социалните неволи в англоезичните страни и навсякъде, където бяха направени.

Гледната точка на Монкрийф и Зейра и други техни колежи (Macintyre *et al.* 2028) поставя на преден план структурните причини за психичното здраве, които не се радват на медиен

интерес. Докато тези системни причини не станат теми за разговор, политически дебат и политическо действие, никакво количество медитация, когнитивно-поведенческа терапия, антидепресанти или мимолетен консуматорски хедонизъм няма да подобрят положението с тези широко разпространени психични разстройства и заболявания.

Промяната изисква обществата да изберат да преразпределят социалните блага по начин, който е по-приобщаващ и създава повече сигурност, стабилност и благополучие. Решенията се крият в поставяне на хората, а не на техните търговски сделки, в центъра на политиката и политическото действие. В тази връзка Монкрийф си представя: „Една икономическа система, която разпределя ресурсите по-справедливо, която осигурява сигурност на доходите, жилищното настаняване, образованието и здравеопазването и дава възможност на повече хора да участват смислено в икономическия и социалния живот, би заличила голяма част от настоящата епидемия от психични заболявания, която е толкова тясно свързана с финансовата несигурност, дълговете, липсата на жилище, самотата, страхът или чувството за провал и липса на цел“ (Moncrief, 2022b).

# Библиография

## УВОДНИ ДУМИ

- Johnston, K. (2024, April 18). UCalgary researchers quantify connection between homelessness and mental health disorders. UCalgaryNews.ca  
Mental Health Foundation (2024). Homelessness: statistics. Mental Health Foundation. mentalhealth.org.uk

## САМОЗАСТЪПНИЧЕСТВО В ПОЛЕТО НА ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ: ЧЕТИРИ СЛУЧАЯ *Ина Димитрова, Габриела Танасан, Мирослав Мишич и Евгения Георзак*

- Alcoff, L. (1991). The Problem of Speaking for Others. *Cultural Critique*, 20, 5–32.
- Bilanakis, N. (2004). *Psychiatric care and human rights in Greece*. Odysseas [in Greek]
- Bilanakis, N. (2006). *Non-governmental organizations and mental health services*. Archipelago [in Greek]
- Bulgarian Helsinki Committee. (2017). *Alternative report about the rights of persons of disabilities in Bulgaria under the UN Convention on the rights of persons with disabilities*. BHC
- Center for Legal Resources. n.d. Where are the European funds for the deinstitutionalization of people with disabilities? (crj.ro/en, 7.8.2024)
- Charlton, J. (1998). *Nothing about us without us. Disability oppression and empowerment*. California University Press
- Christodoulou, G., Ploumpidis, D., Christodoulou, N., & Anagnostopoulos, D. (2012). The state of psychiatry in Greece. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 301–306
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2018, CRPD/C/BGR/CO/1). *Concluding observations on the initial report of Bulgaria*

- Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2018). General comment No. 7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organisations, in the implementation and monitoring of the Convention.
- Council of Europe, Committee for the Prevention of Torture. (2020). *Report to the Bulgarian Government on the Visit to Bulgaria Carried Out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 21 August 2020*. Council of Europe
- Cutler, P., Hayward, R., & Tansan, G. (2006). Supporting User Led Advocacy in Mental Health. *Eumap.org: Monitoring human rights and the rule of law in Europe*.
- Dimitrova, I. (2023). Change Without Change: Remaking Mental Health Advocacy in Bulgaria, *Problems of Post-Communism*, 1-10.
- Economist. (2014). *Mental health and Integration. Provision for supporting people with mental illness. A comparison of 30 European countries*. [http://mentalhealthintegration.com/media/whitepaper/eiu-janssen\\_mental\\_health.pdf](http://mentalhealthintegration.com/media/whitepaper/eiu-janssen_mental_health.pdf) (15.6.2024).
- European Network on Independent Living (ENIL). (2022). *Shadow report on the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the European Union* (enil.eu, 25.3.2024).
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice – Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Georgaca, E. (2019). Community mental health care and self-help initiatives in Greece: Struggling to build alternatives in times of crisis. *Bulletin of Critical Psychology / Eleştirel Psikoloji Bulteni*, 8, 31-37.
- Georgaca, E., Karatzaferis, L., & Roussopoulou-Pappa, N. (2016). Hearing our voices: Introduction to the Special Issue on Hearing Voices. *Psychiatric Notebooks*, 3, 3-7. [in Greek]
- Georgaca, E. (2009). The rights of persons with mental disorders in Greece: From international declarations to professional practices. *Scientific Annals of the School of Psychology of the Aristotle University of Thessaloniki*, 8, 89-128. [in Greek]
- Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. (2016). Psychiatric reform in Greece: An overview. *British Journal of Psychiatry Bulletin*, 40, 326-328.
- Graff, A., & Korolczuk, E. (2021). *Anti-Gender Politics in the Populist Moment*. Routledge.

- Hayward, R., & Cutler, P. (2007). What contribution can ordinary people make to national mental health policies? *Community Mental Health Journal*, 43(5), 517–526.
- Holland, Daniel. 2008. The current status of disability activism and non governmental organizations in post-communist Europe: preliminary findings based on reports from the field. *Disability & Society*, 23(6), 543–555.
- Junjan, V., Micluția, I., Popescu, C., Ciumăgeanu, M., Sfetcu, R., & Ghenea, D. (2009). Overview of the Romanian inpatient psychiatric services. *Romanian Journal of Psychopharmacology*, 3, 133–138.
- Karastergiou, A., Mastrogrianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S., & Mauratziotou, K. (2005). The reform of the Greek mental health services. *Journal of Mental Health*, 14, 197–203.
- Loukidou, E., Mastroyiannakis, A., Power, T., Craig, T., Thornicroft, G., & Bouras, N. (2013). Greek mental health reform: Views and perceptions of professionals and service users. *Psychiatriki*, 24, 37–44.
- Menediatou, (2015). Self-help groups and mental health. In S. Stylianidis (Ed.), *Empowerment and advocacy: Towards a democracy of mental health* (pp. 179–190). Topos [in Greek]
- National Statistical Institute and Fundamental Rights Agency (FRA). 2021. *Key indicators for social inclusion and basic rights in Bulgaria. Thematic report on persons with disability*
- Nomidou, K. (2015). The leadership role of receivers of mental health services. In S. Stylianidis (Ed.), *Empowerment and advocacy: Towards a democracy of mental health* (pp. 143–152). Topos [in Greek]
- Penney, D., & L. Prescott. (2016). The Co-optation of Survivor Knowledge: the Danger of Substituted Values and Voice. In J. Russo & A. Sweeney (Eds.) *Searching for a Rose Garden. Challenging Psychiatry, Forstering Mad Studies* (pp. 35–48). PCCS Books Ltd.
- Rashed, M. A. (2016). *Madness and the Demand for Recognition A philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford University Press.
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future*. Polity.
- Safta-Zecheria, L., Tănăsan, G., & Petri, G. (2024). Between a Shrinking and a Shifting Space: The Symbolic Inclusion of the Disability Movement in Policy-Making in Romania. *Social Work Review/Revista de Asistența Socială*, 1.
- Spivak, G. (1988). Can the Subaltern Speak? In L. Grossberg & C. Nelson (Eds.)

- Marxism and the Interpretation of Culture* (pp. 66-111). Macmillan.
- Stylianidis, S., Georgaca, E., Peppou, L. E., Arvaniti, A., Samakouri, M., & the MANE Group. (2023). Involuntary psychiatric hospitalizations in Greece: Contemporary research and policy implications. *Psychiatriki*.
- Stylianidis, S., Peppou, L. E., Drakonakis, N., Douzenis, A., Panagou, A., Tsikou, K., & Saraceno, B. (2017). Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road? *International Journal of Law and Psychiatry*, 52, 28-34.
- van Voren, R. (2010). *Cold War in Psychiatry. Human Factors, Secret Actors*. Rodopi.
- Zissi, A., & Barry, M. M. (1997). From Leros asylum to community-based facilities: Levels of functioning and quality of life among hostel residents in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 43, 104-115.
- Димитрова, И. (2021). „Нищо за вас без нас!“ Проектът за социална психиатрия в социалистическа България, Критика и хуманизъм, 55(2), 25-48.
- Марков, Е. (1994). Сгружение за подкрепа и закрила на лица с психични разстройства – мощен психопрофилактичен, психотерапевтичен и ресоциализиращ фактор. Бюлетин на БПА, 3, 21-4.
- Сотиров, Вл. (2021). „Ако ти самият не приемеш различието, не се идентифицираш с него, не го интегрираш в представата за себе си, тогава ще страдаш много“, Критика и хуманизъм, 55(2), 235-247.

## КАК ХОРАТА (НЕ) ПРИЕХА МОЯТА ДИАГНОЗА ЗА БИПОЛЯРНО РАЗСТРОЙСТВО?

*Глория Костадинова*

- Cade, J. F. J. (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *The Medical Journal of Australia*, 2, 349-352.
- Judd, L. L., & Schettler, P. J. (2010). The Long-Term Course and Clinical Management of Bipolar I and Bipolar II Disorders. In L. N. Yatham & M. Maj (Eds.), *Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations* (pp.

17-30). Wiley Blackwell.

- Post, R. M., & Kauer-Sant'Anna, M. (2010). An Introduction to the Neurobiology of Bipolar Illness Onset, Recurrence and Progression. In L. N. Yatham & M. Maj (Eds.), *Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations* (pp. 96-109). Wiley Blackwell.
- Schaffer, A., Isometsä, E. T., & Yatham, L. (2016). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(9), 785-802.
- Stiles, B. M., Fish, A. F., Vandermause, R., & Malik, A. M. (2018). The Compelling and Persistent Problem of Bipolar Disorder Disguised as Major Depression Disorder: An Integrative Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(5), 415-425.
- Министерску съвет. (2017). Наредба за медуцинската експертиза, Раздел IV, с. 29.

## ПОДКРЕПА ПО ВРЕМЕ НА СУИЦИДНА КРИЗА: КАК ДА БЪДЕМ ДО ТЕЗИ, КОИТО СТРАДАТ

*Калина Зафирова*

- Blades, C.A., Stritzke, W.G.K., Page, A.C., & Brown, J.D. (2018). The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. *Clinical Psychology Review*, 64, 1-12.
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?. *Psychological medicine*, 44(16), 3361-3363.
- Ford, J., Thomas, F., Byng, R., & McCabe, R. (2021). Asking about self-harm and suicide in primary care: Moral and practical dimensions. *Patient education and counseling*, 104(4), 826-835.

# ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ: ОТ ТЕМА ТАБУ ДО МОДА

Йоана Павлова

- Александров, П. (2005). История на психологията, Част 1. Псиго.
- Аристотел (1979). За душата. Наука и изкуство.
- Атанасов Н., & Станчев Д. (2013). Психотерапията в България: минало и настояще. Българско списание по психология, 1-4.
- Библия (1993). Св. Синод.
- БНТ (25.02.2021). Психолози: Професията на психолога трябва да бъде гържавно регулирана (12.10.2024)
- Божилова, В. (10.10.2020). България: за да не броим до 2000 като през 14 век, dw.com/bg (12.10.2024)
- Борисова, Я., (2012). Български етнокалендар. Милениум.
- Дружество на психолозите в Република България. Публичен регистър на психолозите в България 2024-2025 г.
- Ларше, Ж. (2013). Терапия на менталните болести. Фондация Комунистас.
- Миленков, К., & Попов, Х. (1983). Основоположници на българската психиатрия. София: Медицина и физкултура
- Министерство на здравеопазването. (2021). Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.
- Платон. (2011). Фегон. Планета 3.
- Теодосиева, Д. (2024). „Бивши сгради за бивши хора“: Каква е грижата за психично болните? btvpovinite.bg (12.10.2024)
- Тодорова, Е. (2014). Светци-лечители и психическите болести през Средновековието (Предварителни бележки). *Littera et Lingua, Електронно списание за хуманитаристика*, 11(4).
- Фуко, М., & Дерига, Ж. (1996). Лудостта. (А. Колева, Ж. Дамянова, Преводачи). Критика и хуманизъм.
- Цибранска-Костова, М. (2021). Чужд сред свои: номинация и диспозиции за лудостта в средновековни юридически текстове, В: Доклади от Международната годишна конференция на ИБЕ. (Т.1 с. 208-215). АИ „Проф. Марин Дринов“.
- Chehirian, J. (2018). Excavating the Psyche: A Social History of Soviet Psychiatry in Bulgaria. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(2), 449-480.

**РЕАЛНОСТИ И ХОРИЗОНТИ  
ЗА ПСИХИАТРИЧНАТА РЕФОРМА И РЕФОРМАТА  
В СФЕРАТА НА УВРЕЖДАНИЯТА В БЪЛГАРИЯ:  
НЯКОИ НАБЛЮДЕНИЯ ОТВЪН  
*Феликс Диаз***

- Alzheimer Europe (2023). *European Dementia Monitor 2023. Comparing and benchmarking national dementia strategies and policies.*
- Parsons, T. (1951). *The Social System.* The Free Press.
- Smith, D., & Griffith, A. (2022). *Simply Institutional Ethnography.* University of Toronto Press.
- Димитрова, И. (2021). “Нищо за вас без нас!” Проектът за социална психиатрия в социалистическа България, Критика и хуманизъм, 55(2), 25-48.
- Цоцоманска, С., & Илиева, И. (2023). Грижи за пациенти с деменция в България днес. В Диаз, Ф. (Ed.) *По-близо до нас, част от нашия свят: Придружаващ наръчник за лица, грижещи се за хора с деменция.* AUBG.

**„НЕ Е ЛУД, КОЙТО ЯДЕ БАНИЦАТА...“  
ЛЕГАЛНИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА  
ПРИСТРАСТЯВАНЕ, СЪЗДАВАНИ И  
ВЪЗПРОИЗВЕЖДАНИ  
ОТ КОРПОРАТИВНИЯ КАПИТАЛИЗЪМ  
*Лора Младенова***

- Ailawadi, K. L., & Neslin, S. A. (1998). The Effect of Promotion on Consumption: Buying More and Consuming It Faster. *Journal of Marketing Research*, 35(3), 390-398.
- Bezawada, R., & Pauwels, K. (2013). What Is Special About Marketing Organic Products? How Organic Assortment, Price, and Promotions Drive Retailer Performance. *Journal of Marketing*, 77(1), 31-51.
- Blattberg, R. C., & Neslin, S. A. (1990). *Sales Promotion: Concepts, Methods, and*

*Strategies*. Prentice Hall.

- Bloch, P. H. (1995). Seeking the Ideal Form: Product Design and Consumer Response. *Journal of marketing*, 59(3), 16–29.
- Campo, K., & Gijbrecchts, E. (2005). Retail Assortment, Shelf and Stockout Management: Issues, Interplay and Future Challenges. *Applied Stochastic Models in Business and Industry*, 21(4-5), 383–392.
- Chandon, P., Hutchinson, J. W., Bradlow, E. T., & Young, S. H. (2009). Does In-Store Marketing Work? Effects of the Number and Position of Shelf Facings on Brand Attention and Evaluation at the Point of Purchase. *Journal of marketing*, 73(6), 1–17.
- Clement, J., Kristensen, T., & Grønhaug, K. (2013). Understanding Consumers' In-Store Visual Perception: The Influence of Package Design Features on Visual Attention. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 20(2), 234–239.
- Kotchen, M. J., & Moon, J. J. (2012). Corporate Social Responsibility for Irresponsibility. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 12(1).
- Orth, U. R., & Malkewitz, K. (2008). Holistic Package Design and Consumer Brand Impressions. *Journal of marketing*, 72(3), 64–81.
- Sorensen, H. (2016). *Inside the Mind of the Shopper: The Science of Retailing*. Pearson Education.
- Valenzuela, A., Raghubir, P., & Mitakakis, C. (2013). Shelf Space Schemas: How Vertical and Horizontal Product Display Affects Choice. *Journal of Business Research*, 66(7), 881–888.
- Wansink, B., Soman, D., & Herbst, K. C. (2017). Larger partitions lead to larger sales: Divided grocery carts alter purchase norms and increase sales. *Journal of Business Research*, 75, 202–209.

## ПРИВАТИЗАЦИЯТА НА СТРЕСА

*Марк Фишър; превод: Петър Банков*

- Southwood, I. (2010). *Non-Stop Inertia*. London: Zer0 Books.
- Fisher, M. (2009). *Capitalist Realism: Is There No Alternative?* London: Zer0 Books
- Boron, A. (2006). The Truth About Capitalist Democracy. *Socialist Register*, 42, 28–58.

- Gilbert, J. (2010, January 14). *Elitism, Philistinism and Populism: the Sorry State of British Higher Education Policy*. (opendemocracy.net, 12.10.2024)
- Hall, S., & Jacques, M. (eds.) (1989). *New Times: The Changing Face of Politics in the 1990s*. Lawrence & Wishart.
- Negri, A. (2010). *Art and Multitude*. London: Polity.
- van Veen, T. (2009). *Business Ontology (or why Xmas Gets You Fired)*. Fugitive Philosophy <https://fugitive.quadrantcrossing.org/2009/12/business-ontology/>
- Blond, P. (2009). *The Ownership State: Restoring Excellence, Innovation and Ethos to Public Services*. ResPublica/Nesta.
- Savonarola (2008, August 4). *Curriculum mortis*. (conjunctural.blogspot.com, 12.10.2024)
- Berardi, F. (2009). *Precarious Rhapsody: Semiocapitalism and the Pathologies of the Post-Alpha Generation*. Minor Compositions.
- Turkle, S. (2011). *Alone Together: Why We Expect More From Technology and Less from Each Other*. Basic.
- Dean, J. (2010). *Blog Theory: Feedback and Capture in the Circuits of Drive*. Polity.
- Hind, D. (2010). *The Return of the Public*. Verso.
- Smail, D. (2009). *Power, Interest and Psychology: Elements of a Social Materialist Understanding of Distress*. PCCS Books.
- Illouz, E. (2007). *Cold Intimacies: The Making of Emotional Capitalism*. Polity.

## НЕОЛИБЕРАЛНИ НЕВОЛИ И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ Таня Рейтан-Маринчешка

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social Determinants of Mental Health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.
- Anderson, M., McClain, C., Faverio, M., & Gelles-Watnick, R. (2021, Oct 21). *The State of Gig Economy in 2021*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/internet/2021/12/08/the-state-of-gig-work-in-2021/>
- Archer V. (2009) Dole Bludgers, Tax Payers and the New Right: Constructing Discourses of Welfare in the 1970s Australia, *Labour History: A Journal of Labour and Social History*. N: 96, 2009
- Aziz, Z. (2018, Mar 6), Poverty medicine: how we are failing poorer and isolated patients. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/series/doctor-s-orders/2018/mar/06/all>

- Bell, E. (2011). Defining Neoliberalism. *Criminal Justice and Neoliberalism*. Palgrave Macmillan, London. [https://doi.org/10.1057/9780230299504\\_7](https://doi.org/10.1057/9780230299504_7)
- Blanton, R., & Peksen, D. (2016, Aug 19). *The Dark Side of Economic Freedom: Neoliberalism Has Deleterious Effects on Labour Rights*. LSE BPP. <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/the-dark-side-of-economic-freedom/?ref=thelovepost.global>
- Brandts, J., Riedl, A., & van Winden, F. (2005). *Competition and Well-Being* (Discussion Paper IZA DP No. 1769). Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. <https://docs.iza.org/dp1769.pdf>
- Bray M., & Walsh P. (1998). Different Paths to Neo-Liberalism? Comparing Australia and New-Zealand, *Industrial Relations*, 37(3), 358–387.
- Brignall, M. (2019, Jan 7). Average UK Household Debt Now Stands at Record £15,400. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/business/2019/jan/07/average-uk-household-debt-now-stands-at-record-15400?ref=thelovepost.global>
- Campbell, D. (2021, Apr 9). Extent of Mental Health Crisis in England at “Terrifying” Level. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/uk-news/2021/apr/09/extent-of-mental-health-crisis-in-england-at-terrifying-level?ref=refind>
- Case, A. & Deaton, A. (2020). Deaths of Despair and the Future of Capitalism. *Princeton University Press*, <https://doi.org/10.2307/j.ctvpr7rb2>.
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., & Anderson, E. (2011). The Health Effects of Economic Decline. *Annual Review of Public Health*, 32, 431–450.
- Consilience Project. (2021, Feb 22). *Deindustrialization and the American City*. <https://consilienceproject.org/deindustrialization-and-the-american-city/?ref=thelovepost.global>
- Collins, P.Y. (2020). What Is Global Mental Health? *World Psychiatry*, 19(3), 265–266. doi: 10.1002/wps.20728.
- Czarnezki, J.J., & Fiedler, K. (2016). The Neoliberal Turn in Environmental Regulation. *Utah Law Review*, 1(1), 1–40.
- Dale, G. (2012). Double Movements and Pendular Forces: Polanyian Perspectives on the Neoliberal Age. *Current Sociology*, 60(1), 3–27.
- Ebelding, R.M. (2022). In the Beginning: The Mont Pelerin Society, 1947. *The Future of Freedom*, 33(5), 28–35.
- Gill, R., & Pratt, A.C. (2008). In the Social Factory? Immaterial Labour, Precariousness and Cultural Work. *Theory, Culture & Society*, 25(7–8), 1–30.

- Goh, J., Pfeffer, J., & Zenios, S.A. (2016). The Relationship Between Workplace Stressors and Mortality and Health Costs in the United States. *Management Science*, 62(2), 608–628.
- Goldstein, J. (2010, Jun 25). Deep Read: Let Them Eat Credit. *Planet Money*. <https://www.npr.org/sections/money/2011/01/28/128089847/deep-read-let-them-eat-credit?ref=thelovepost.global>
- Hall, P. A., & Soskice D. (2001). *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. Oxford University Press.
- Hanauer, N. (2020, Sep 14). The Top 1% of Americans Have Taken \$50 Trillion From the Bottom 90%—And That’s Made the U.S. Less Secure. *Time*. <https://time.com/5888024/50-trillion-income-inequality-america/>
- Hansen H., Bourgois P, Ernest Drucker E. (2013) Pathologizing poverty: New forms of diagnosis, disability and structural stigma under welfare reform. *Social Science & Medicine*, Volume 103, February 2014, 76–83.
- Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford University Press.
- Harvey, D. (2007). Neoliberalism as Creative Destruction. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 610, 22–44.
- Harter, J. (2022, Apr 25). Disengagement Persists among US Employees. *Gallup – Workplace*. <https://www.gallup.com/workplace/391922/employee-engagement-slump-continues.aspx?ref=thelovepost.global>
- Hathaway, T. (2020). Neoliberalism as Corporate Power. *Competition & Change*, 24(3–4), 315–337.
- James, O. (2008). *The Selfish Capitalist: Origins of Affluenza*. Penguin Books
- Kecmanović, D. (1983). Psychiatrization: A general view. *International Journal of Social Psychiatry*, 29(4), 308–310.
- Kraus M.W. & Tan J.J.X. (2015) Americans overestimate class mobility, *Journal of Experimental Social Psychology*. Volume 58, May 2015, Pages 101–111, <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2015.01.005>
- Lau, R.S., Boesen, M.E., Richer, L., & Hill, M.D. (2024). Siloed Mentality, Health System Suboptimization and the Healthcare Symphony: A Canadian Perspective. *Health Research Policy and Systems*, 22, 2–9.
- Levin, J. (2019). *The Queen: The Forgotten Life Behind an American Myth*, Hachette Book Group.
- Logan, J., & Karter, J.M. (2022). Psychiatrization of Resistance: The Co-optation of Consumer, Survivor, and Ex-patient Movements in the Global South. *Frontiers in Sociology*, 7, 1–9.

- Lorenz, C. (2012). If You're So Smart, Why Are You under Surveillance? Universities, Neoliberalism, and New Public Management. *Critical Inquiry*, 38(3), 599-629.
- Lux M. & Sunega P. (2023) Housing wealth inequality, intergenerational transfers and young households in the super-homeownership system. *International Journal of Housing Policy*, Nov. 2023, DOI:10.1080/19491247.2023.2269618.
- Macintyre, A., Ferris, D., Gonçalves, B., & Quinn, (2018). What Has Economics Got to Do with It? The Impact of Socioeconomic Factors on Mental Health and the Case for Collective Action. *Palgrave Communications*, 4, 1-5.
- McBain S. (2023), Joanna Moncrieff: "I'm not convinced antidepressants have any use", *The New Statesman*, The Weekend Interview, 22 April 2023. <https://www.newstatesman.com/the-weekend-interview/2023/04/joanna-moncrieff-im-not-convinced-antidepressants-have-any-use>.
- Meneses, R., & Caseiro, J. (2018, Sep 12-14). *Silos Mentality in Healthcare Services*. Annual Conference of the EuroMed Academy of Business - Research Advancements in National and Global Business Theory and Practice, Malta. [https://www.researchgate.net/publication/327838475\\_SILOS\\_MENTALITY\\_IN\\_HEALTHCARE\\_SERVICES](https://www.researchgate.net/publication/327838475_SILOS_MENTALITY_IN_HEALTHCARE_SERVICES)
- Mental Health Policy Institute (2024). Problem Debt & Mental Health, Money and Mental Health Policy Institute. The Facts.:[//www.moneyandmentalhealth.org/money-and-mental-health-facts/?ref](http://www.moneyandmentalhealth.org/money-and-mental-health-facts/?ref)
- MIA Editors. (2022, March 31). *Mental Wellbeing Poorest in English-Speaking Countries of the World*. <https://www.madinamerica.com/2022/03/mental-wellbeing-poorest-in-english-speaking-countries-of-the-world/?ref=thelovepost.global>
- Moncrieff, J. (2008). *The Myth of the Chemical Cure. A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Palgrave Macmillan
- Moncrieff, J. (2008a). Neoliberalism and Biopsychiatry: A Marriage of Convenience. In C. I. Cohen & S. Timimi (Eds.), *Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental health* (pp. 235-255). Cambridge University Press.
- Moncrieff, J. (2022a). The Political Economy of Health System: A Marxist Analysis. *Frontiers in Sociology*, 6, 1-11.
- Moncrieff, J. (2022b). The Functions of the Mental Health System under Capitalism, <https://joannamoncrieff.com/2022/03/28/the-functions-of->

the-mental-health-system-under capitalism/

- Moncrieff, J. (2023, Apr 22). I'm Not Convinced Antidepressants Have Any Use. *The New Statesman*. <https://www.newstatesman.com/the-week-end-interview/2023/04/joanna-moncrieff-im-not-convinced-anti-depressants-have-any-use>
- Moncrieff, J., Cooper, R.E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M.P., & Horowitz, M.A. (2024). Difficult Lives Explain Depression Better Than Broken Brains. *Molecular Psychiatry*, 29, 206-209.
- Moncrieff J., Pomerleau J. (2000). Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. *Journal of Public Health*, Vol. 22, 1, March 2000, 59-67.
- Money and Mental Health Policy Institute. (2024). *The Facts*. Money and Mental Health Policy Institute. <https://www.moneyandmentalhealth.org/money-and-mental-health-facts/?ref=thelovepost.global>
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2014). *Scarcity: The New Science of Having Less and How It Defines Our Lives*. Macmillan Publishing
- Neppl, T. K., Senia, J. M., & Donnellan, M. B. (2016). Effects of Economic Hardship: Testing the Family Stress Model over Time. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 12-21.
- New Zealand Doctor/Rata Autero (2018) Systemic racism to blame for Maori health inequality, Media Release from ANZCA, Friday 9 Nov. 2018. <https://www.nzdoctor.co.nz/article/undoctored/systemic-racism-blame-maori-health-inequality?ref> (25.10.2024).
- Parente, R.M. (2024). *Minimum Wages, Inequality, and the Informal Sector* (Working Paper No. 2024/159). IMF. <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2024/07/19/Minimum-Wages-Inequality-and-the-Informal-Sector-552066>
- Parsell, C., Clarke, A., & Perales, F. (2022). Poverty by Design: The Role of Charity and the Cultivated Ethical Citizen. *Social Policy and Society*, 21(4), 525-541.
- Patel, V., & Prince, M. (2010). Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age. *Jama*, 303(19), 1976-1977.
- Patnaik, P. (2024). The Crisis of Liberalism, *IDEAs*, May 13, 2024, <https://www.networkideas.org/news-analysis/2024/05/the-crisis-of-liberalism/>
- Peck, J. (2010). *Constructions of Neoliberal Reason*. Oxford University Press.

- Peck, J. (2010). Zombie Neoliberalism and the Ambidextrous State. *Theoretical Criminology*, 14(1), 104-110.
- Pickett, K.E., & Wilkinson, R.G. (2010). Inequality: An Underacknowledged Source of Mental Illness and Distress. *British Journal of Psychiatry*, 197(6), 426-428.
- Rameer, V.M. (2024, Jan 12). 40+ Statistics on Burnout in the Workplace You Can't Ignore. Science of People. <https://www.scienceofpeople.com/burnout-statistics/?ref=thelovepost.global>
- Rashbrooke, M. (2021). *Too Much Money: How Wealth Disparities Are Unbalancing Aotearoa, New Zealand*. Bridget Williams Books.
- Royal College of Psychiatrists. (2010). *No Health without Public Mental Health: The Case for Action* (Position Statement PS4/2010). Royal College of Psychiatrists. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps04\\_2010.pdf?sfvrsn=b7316b7\\_4](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps04_2010.pdf?sfvrsn=b7316b7_4)
- Russo J., & Linkon S.L. (2009). *The Social Cost of Deindustrialization*. Youngstown State University. <https://ysu.edu/center-working-class-studies/social-costs-deindustrialization?ref=thelovepost.global>
- Sapien Labs. (2023, March 1). *Mental State of the World 2022 Report*. <https://mentalstateoftheworld.report/wp-content/uploads/2023/02/Mental-State-of-the-World-2022.pdf>
- Sennett R. (2002). On welfare & the psychology of dependence, *Daedalus*, Vol. 131, 3
- Smith, M., & Richert, L. (2018, Mar 1). *Socioeconomic factors and mental health*. Palgrave Communications. <https://www.nature.com/collections/ytz-blvgrzk>
- Standing, G. (2018, May 1). A New, Dangerous Class Has Emerged Amid Growing Inequalities and Insecurities. *Euronews*. <https://www.euronews.com/2018/05/01/who-are-the-precariat-and-why-they-threaten-our-society-view?ref=thelovepost.global>
- Stansfeld, S.A., & Fuhrer, R., Shipley, M.J., & Marmot, M.G. (1999). Work Characteristics Predict Psychiatric Disorder: Prospective Results from the Whitehall II Study. *Occupational Environment Medicine*, 56, 302-307.
- Steger, M. B., & Ravi, K. R. (2010). *Neoliberalism: A Very Short Introduction* (1st ed.). Oxford University Press.

- Stiglitz, J. (2015). *Critique of “Trickle-down Economics”*. <https://www.exploring-economics.org/en/discover/joseph-stiglitz-trickle-down-economics-is-absolute/?ref=thelovepost.global>
- Thanem, T., & Elraz, H. (2022). From Stress to Resistance: Challenging the Capitalist Underpinnings of Mental Health in Work and Organizations. *International Journal of Management Research*, 24(4), 577-598.
- Tomlinson, J. (2021). Deindustrialisation and “Thatcherism”: Moral Economy and Unintended Consequences. *Contemporary British History*, 35(4), 620-626.
- UN Human Development Report 2021-2022. Uncertain times, unsettled lives Shaping our future in a transforming world.
- Vlackx, N. (2017, Oct 3). *Rising Household Debt: What it Means for Growth and stability*. IMF Blog. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2017/10/03/rising-household-debt-what-it-means-for-growth-and-stability?ref=thelovepost.global>
- WHO. (2014). *Social Determinants of Mental Health*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1)
- Wilkinson, R..G., & Pickett, K. E. (2017). The Enemy between Us: The Psychological and Social Costs of Inequality. *European Journal of social psychology*, 47(1), 11-24.
- Zeira, A. (2022). Mental Health Challenges Related to Neoliberal Capitalism in the United States. *Community Mental Health Journal*, 58(2), 205-212.
- Zwick, A. (2018). Welcome to the Gig Economy: Neoliberal Industrial Relations and the Case of Uber. *GeoJournal*, 83(5), 679-691.



# Участници в броя

## РЕДАКТОРСТВО

**Иван Бакалов** е изследовател и преподавател в областта на международните отношения и международната политическа икономика с фокус върху процеси на обществена трансформация в Източна Европа.

**Петър Банков** е преподавател по политология в Глазгоуския университет и член на университетския синдикат. Интересува се основно от политическа организация, идеология (а и от футбол) и е готов да говори и пише по тези теми безкрайно в свободното си време.

**Нега Генова** е доктор по Културология и преподавател по Дигитални медии в университета Саутхемптън. Участва в различни активистки и синдикални инициативи във Великобритания.

**Станислав Догов** е социален педагог и процесен фасилитатор с фокус върху демократичните основания и подходи за радикална социална промяна. Част е още от екипа на Орион грид, където подкрепя развитието на активисти и техните организации.

**Калина Дренска** е активистка, част от екипа на dVERСИЯ от 2017 г. и сред създателките на феминисткия колектив ЛевФем.

## ДИЗАЙН

**Боряна Красимирова** е мултидисциплинарен дизайнер и преподавател. Създател на студио за графичен дизайн Стовода, което се фокусира върху работа с неправителски и активистки организации. Дизайнер на всички издания на списанието след третия му брой.

## АВТОРСТВО И ПРЕВОД

**Евгения Георгака** е професор по клинична психология във Факултета по психология на Солунския университет „Аристотел“, Гърция. Преподавателската и изследователската ѝ работа е в областта на общностната клинична психология, психотерапията и критическите изследвания към психичното здраве, и по-специално качествени методи, психоанализа и критически перспективи към психопатологията. Тя е съавтор на „Деконструиране на психопатологията“ (Sage, 1995) и автор на статии за психотичния дискурс, гелюзиите, дискурсивните подходи към анализа на психотерапията, дискурсивния анализ и социално конструктивистките понятия за субективност. Участник в радикалното движение за психично здраве в Гърция и съорганизатор на Световния конгрес, посветен на чуването на гласове в Солун през 2015 г.

**Феликс Диаз** е бакалавър по психология (1991), доктор по психология (1994) и доцент по психология в НБУ към настоящия момент. През последните пет години работи с български неправителствени организации и общини за насърчаване на качествени грижи за хората с увреждания. Наскоро публикува „По-близо до нас, част от Нашия Свет“, ръководство за лица, полагащи грижи за хора с деменция. Понастоящем работи по проекти за разработване на емпирични стратегии за преподаване на дисциплината „Изследване на увреж-

данията“ и за картографиране на условията на живот и достъпа до права на жителите на бежански лагери.

**Ина Димитрова** е доктор по социална и политическа философия на Института по философия и социология на Българската академия на науките. Понастоящем е доцент във Философско-историческия факултет на Пловдивски университет „Паусий Хилендарски“. Изследователските ѝ интереси включват изследванията на уврежданията и социалните изследвания на науката, технологиите и медицината. Във фокуса са най-вече активизмът на хората с увреждания, историята на уврежданията и историята на психиатрията в социалистически контекст. Участва в различни проекти, свързващи академия и активизъм на хора с увреждания. Най-новите ѝ публикации включват: Dimitrova, I., Nikolov, M., Mladenov, T. and G. Petri. 2024. Political representation and the human rights model of disability: a Bulgarian case, in *Scandinavian Journal of Disability Research*; Dimitrova, I. and T. Mladenov. 2023. Decolonising disability in contexts of illiberalism and social abandonment: the case for a double-edged critique from the postsocialist margins, in *Critical Sociology*, Dimitrova, I. 2023. Change Without Change: Remaking Mental Health Advocacy in Bulgaria, in *Problems of Post-Communism*.

**Калина Зафирова** е изграваща кинорежисьорка с образование от Римския университет по изящни изкуства (Dottoressa di cinema in RUFA – Rome University of Fine Arts). Работи като асистент-режисьор за *Prime Video Italia*, като фокусът на работата ѝ е сцени с деца. От 14-годишна се занимава с активизъм, организира общности и мобилизира движения за екосоциална справедливост. В момента е силно ангажирана върху овластяването на невроразнообразната общност, приемането на психичните разстройства и предоставянето на суицидна намеса. Мечтае да създава социално ангажирано кино, което да представя достойно персонажи, чиито лица често биват потискани в реалността.

**Татяна Йотова** е творец барг. Родена е в град Айтос през 1961 година. Завършва Софийския университет „Св. Климент Охридски“ – специалности: Българска филология и Педагогическа психология. Работи като учител по Български език и литература в СУ „Христо Ботев“ в родния си град. Йотова е автор на 17 книги за възрастни и за деца (поезия, сценарии, образователно-творчески), сред които: „Божури в снега“ (1999), „Веднъж ще ти се случя“ (2008), „Извор с очи на дете“ (2014), „Преживелици. 30 стихотворения“, (2022), „Умотворителница“, (2024). Изгала е два авторски албума с изпята поезия: „Закъсняла молитва“ (2007) и „Песента на токчетата“ (2009). С композитора Хайгашог Агасян създават незабравими песни с адресат – детската аудитория. Нейни произведения са публикувани в литературни издания, учебници и помагала, алманаси – „Литературен вестник“, „Везни“, „Словото гнес“, „Аз Буки“, „Кула“, „Асоциална поезия“, „Тетрадкама“ и др. Сред завоюваните отличия от участия в литературни конкурси са: Наградата за поезия „Николай Искърров“, Свищов, 2014; „Рада Казалийска“, 2016; „Ний всички сме деца на майката земя“ (за есе), 2021, „Канунь“, Хасково, 2021. През 2019 и 2023 г. в творчески екип печели няколко награди на публиката, на журито и за текст в конкурса „Бургас и морето“. Бардовският фестивал „Солени ветрове“ я удостоява през 2020 г. с наградата за песен с гражданска тематика в конкурса „Срещу вятъра“. През същата година е участник в Първия независим книжен фестивал „Eunoia LitFest“, София, сред предложенията за носител на Националната награда за чистота на българския език „Д-р Иван Богоров“ на община Карлово и много други. Член е на Съюза на българските писатели и на бургаската писателска общност.

**Глория Костадинова** е копирайтър и писател, в предстоящите си лични проекти се бори за екологична справедливост в град Варна и достъп до достоверна информация за хората с биполарно разстройство в България.

**Мирослав Мишич** е активист и основател на ръководената от потребители организация „Valensa“ – неправителствена организация, базирана в Ниш и членуваща в Европейската мрежа на (бивши) потребители и оцелели от психиатрията. Мисията на организацията е да подобрява живота на потребителите в полето на психичното здраве във всеки възможен аспект.

**Лора Младенова** е журналист и юрист по образование, анархо-феминист и антифашист по убеждения, поет по необходимост, както и автор на свободна практика, редактор и комуникационен експерт за нетърговски каузи.

**Таня Рейтан-Маринчешка** е изследовател на свободна практика.

**Йоана Павлова** е социолог с докторска степен по „Социални изследвания на пола“ и е доцент в Техническият университет – София. Академичните ѝ интереси и изследвания са в областта на социалната психология, социологията и изследвания на социалните роли и ценности. Работи като консултант и учител по въпросите на личностното развитие, управлението на стреса и междуличностното общуване.

**Габриела Танасан** е оцеляла от психиатрията и от почти тридесет години е активист за самоопределение на потребителите и човешки права. Тя е лидер, организатор, учител, координатор на проекти и публичен говорител на движението на потребителите и оцелелите от психиатрията в Румъния. Координирала е различни проекти, сред които и първия мащабен проект за участие на потребителите в политиката за психично здраве в Румъния „Пътища към политиката“. Габриела е съавтор на публикации, свързани със самозастъпничество, гражданско участие и публичен натиск за нови подходи към политиката за психично здраве на местно и национално равнище, ролята на потребителя в грижите в общността, сексуалните права на жените с интелектуални и психосоциални увреждания, живеещи в институции, и независим изследовател. През 2010 г. е избрана за председател

на Европейската мрежа на (бивши) потребители и оцелели от психиатрията. Понастоящем е консултант в същата организация.

**Марк Фишър** е писател, музикален критик, политически и културен теоретик, философ и преподавател в категра „Визуални култури“ в Голдсмитския университет в Лондон. Първоначално добива известност с блог под псевдонима *k-punk* в началото на 2000-те години, където става разпознат с писането си за радикална политика, музика и популярна култура. Фишър публикува няколко книги, сред които „Капиталистическият реализъм: Няма ли алтернатива? (Колектив за обществени интервенции, 2021) и сътрудничи на издания като *The Wire*, *Fact*, *New Statesman* и *Sight & Sound*. Той е и съосновател на *Zero Books*, а по-късно и на *Repeater Books*. След като години наред се бори с депресията, Фишър слага край на живота си през януари 2017 г., малко преди публикуването на *The Weird and the Eerie* (2017).

# dBEPСИЯ

dBEPСИЯ е платформа за независима лява публицистика. Всяка година издаваме електронни и печатни издания със социални, политически и културни анализи, фотография и непопулярни гледни точки.

dBEPСИЯ има за цел „да отклони“ инертните изказвания и реакции от познатите ни затвърдени медийни дискурси. Създава се от колектив от активисти, студенти, обучители, изследователи, журналисти, дизайнери. Това е независима общност, която се издържа предимно от дарения на читатели и съмишленици, които ни позволяват да покриваме разходи по издаването. От 2015 г. dBEPСИЯ се случва благодарение на безброй часове доброволен труд и желанието на авторите да се намесят в проблематиката на различни социални, политически и културни реалности. И да разкажат за маргиналните, изключените, невидимите хора, идентичности и визии за живота заедно.

Можете да се свържете с нас на [info@dversia.net](mailto:info@dversia.net).



[www.dversia.net](http://www.dversia.net)